VerKörperungen/MatteRealities
Perspektiven empirischer Wissenschaftsforschung

Christine Schmid

Ver-rückte Expertisen

Ethnografische Perspektiven auf Genesungsbegleitung

[transcript]

Christine Schmid
Ver-rückte Expertisen

VerKörperungen/MatteRealities –
Perspektiven empirischer Wissenschaftsforschung | Band 26

Editorial

Die neuere empirische Wissenschaftsforschung hat sich seit den späten 1970er Jahren international zu einem der wichtigsten Forschungszweige im Schnittfeld von Wissenschaft, Technologie und Gesellschaft entwickelt. Durch die Zusammenführung kulturanthropologischer, soziologischer, sprachwissenschaftlicher und historischer Theorie- und Methodenrepertoires gelingen ihr detaillierte Analysen wissenschaftlicher Praxis und epistemischer Kulturen. Im Vordergrund steht dabei die Sichtbarmachung spezifischer Konfigurationen und ihrer epistemologischen sowie sozialen Konsequenzen – für gesellschaftliche Diskurse, aber auch das Alltagsleben. Jenseits einer reinen Dekonstruktion wird daher auch immer wieder der Dialog mit den beobachteten Feldern gesucht.
Ziel dieser Reihe ist es, Wissenschaftler/-innen ein deutsch- und englischsprachiges Forum anzubieten, das

- inter- und transdisziplinäre Wissensbestände in den Feldern Medizin und Lebenswissenschaften entwickelt und national sowie international präsent macht;
- den Nachwuchs fördert, indem es ein neues Feld quer zu bestehenden disziplinären Strukturen eröffnet;
- zur Tandembildung durch Ko-Autorschaften ermutigt und damit vor allem die Zusammenarbeit mit Kollegen und Kolleginnen aus den Natur- und Technikwissenschaften unterstützt, kompetent begutachtet und kommentiert.

Die Reihe wendet sich an Studierende und Wissenschaftler/-innen der empirischen Wissenschafts- und Sozialforschung sowie an Forscher/-innen aus den Naturwissenschaften und der Medizin.

Christine Schmid, geb. 1986, ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Psychologie und Arbeitswissenschaft der Technischen Universität Berlin. Als Europäische Ethnologin forscht sie an Schnittstellen zwischen Kulturanthropologie, Science & Technology Studies, Medizin und Versorgungsforschung.

Christine Schmid

Ver-rückte Expertisen

Ethnografische Perspektiven auf Genesungsbegleitung

[transcript]

Zugleich Dissertationsschrift vom 18. Februar 2019 an der Philosophischen Fakultät der Humboldt-Universität zu Berlin. Gutachter*innen: Prof. Dr. Stefan Beck (verst.), Prof. Dr. Jörg Niewöhner (HU Berlin) sowie Dr. habil Tanja Bogusz (Universität Kassel). Dekanin der Fakultät ist Prof. Dr. Gabriele Metzler.

Die Veröffentlichung wurde gefördert aus dem Open-Access-Publikationsfonds der Humboldt-Universität zu Berlin.



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.



Erschienen 2020 im transcript Verlag, Bielefeld

Umschlagkonzept: Kordula Röckenhaus, Bielefeld
Druck: Majuskel Medienproduktion GmbH, Wetzlar
Print-ISBN 978-3-8376-5385-4
PDF-ISBN 978-3-8394-5385-8
https://doi.org/10.14361/9783839453858

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier mit chlorfrei gebleichtem Zellstoff.
Besuchen Sie uns im Internet: *https://www.transcript-verlag.de*
Unsere aktuelle Vorschau finden Sie unter *www.transcript-verlag.de/vorschau-download*

Inhalt

Prolog

> … auch wollte ich ehe reiten, da mich kein Mensch nimmermehr erfaren müst. (Grimm und Grimm 1862, 788)

Die Grimmsche Definition von Erfahren und Erfahrung im Sinne von Einholen (eines Fuhrwerkes oder eines Reiters) mag heute weder alltagssprachlich noch im kulturanthropologischen Gebrauch bekannt sein. Den Lauf dieser Dissertation versinnbildlicht sie dennoch. Meine Auseinandersetzungen mit den Themen Erfahrung, Expertise und Genesungsbegleitung wurden immer wieder *erfaren*: Ich habe mich selbst überholt, wurde von anderen eingeholt und überfahren, und so manches Mal bin ich mit dem Fuhrwerk stecken geblieben.

Auf dieser Fahrt sind mir drei wesentliche konzeptionelle Herausforderungen begegnet, die ich vorab konturieren möchte. Da ist erstens die Frage, wie stark ich ›meine Erfahrungen‹ in dieser Arbeit darstellen möchte. Einerseits will ich kein Buch über mich schreiben, andererseits auch nicht suggerieren, dass ich einen omnipräsenten ethnografischen Blick auf Genesungsbegleitung hätte. Ich halte es mit Cheryl Mattingly (Mattingly 1998) und tauche als Autorin mal auf, mal wieder ab – wenn es sinnvoll für die beschriebene Situation und meine Argumentation ist. Daraus folgt zweitens die ethische Frage, welche Momente und Situationen meiner Feldforschung überhaupt Teil dieses Buches sein dürfen – spielte sie sich doch großenteils im sensiblen Umfeld psychiatrischer Kliniken ab. Zu meiner Feldforschung gehörten auch diverse Krisen: Die Ängste von Nutzerinnen gegenüber einem abstrakten und zunächst wenig alltagsrelevanten Forschungstelos ebenso wie die Ängste einer Feldforscherin, die mit extremen Situationen konfrontiert ist. Ein Nutzer, der überzeugt war, dass ich meine Doktorarbeit über ihn, und nur über ihn, schreiben würde. Mitarbeiterinnen, die mich in ihren ohnehin überladenen Alltag, integrieren wollten und sollten.

Um das Ausmaß dieser Feldforschung abzustecken, habe ich mir eine Regel zu eigen gemacht, die sich eigentlich auf den gegenseitigen Umgang in Gruppentherapien innerhalb des Feldes bezog: »Störungen gehen vor« (FN I; 20.01.2013). Solche »Störungen« waren zwar Teil der Feldforschung, sie sind aber nur am Rande Teil dieses Buches. Ich schreibe eine Dissertation, um Erfahrungsexpertise im

Kontext von Genesungsbegleitung zu beschreiben, nicht um psychische Krisenerfahrungen festzustellen und zu veranschaulichen. Eine dritte – für Ethnografien geradezu klassische – Frage stellt sich in Bezug auf die Reihenfolge der Kapitel in dieser Arbeit, die miteinander verschlungene Thematiken und gleichzeitige Prozesse in eine heuristische chronologische Reihenfolge fügt. Schlussendlich habe ich mich für eine konservative Gliederung in drei Teile – Darstellung des empirischen Feldes und methodologisches Vorgehen (Teil I), theoretische Ansätze (Teil II) und empirische Analyse (Teil III) – entschieden: weil dies eine Dissertation ist und Konventionen hier großgeschrieben werden. Aber auch, um meinen Kopf oben zu halten und mir einen Weg durch die Komplexität des Themas zu *erfaren*.

TEIL I

1 *Aus* Erfahrung? – »Die eigene Erfahrung zum Beruf machen« Einleitung

1.1 Anlass

»Die eigene Erfahrung zum Beruf machen« (Experienced Involvement n.d.): Mit diesem Slogan wird Genesungsbegleitung als mögliche Berufs- und Weiterbildungsperspektive beworben. Genesungsbegleitung ist eine in Deutschland relativ junge Profession, bei der Psychiatrie-Erfahrene oder ihre Angehörigen selbst in stationärer oder komplementärer psychiatrischer Versorgung beruflich tätig werden (u.a. Utschakowski et al. 2009; Jahnke und Utschakowski 2014; Utschakowski 2015; Davidson 2015; Rebeiro Gruhl, Lacarte und Calixte 2016; Schmid 2016).

›Die eigene Erfahrung zum Beruf machen‹ könnte jedoch ebenso gut die Stellenbeschreibung für eine Sozial- und Kulturanthropologin[1,2] sein, die mit Erfahrungen aus und in Feldforschungen wissenschaftlich formalisiertes und zertifiziertes Wissen generiert (u.a. Clifford 1983; Geertz 2001; Malinowski 2003; für einen Überblick Lotter 2000). Schließlich ist eine der wesentlichen Charakteristiken kulturanthropologischen Forschens ihr »experiential and existential character«, wie Paul Rabinow (2011, 179) auf seiner Suche nach einem zeitgenössischen Untersuchungsmodus schreibt. Doch was heißt es, die ›eigene Erfahrung zum Beruf zu machen‹ – sowohl im Kontext von Genesungsbegleitung als auch im Fach Kultur- und Sozialanthropologie? Und wie wird aus Erfahrung Expertise gemacht – mehr noch: wie wird eine spezifische (psychiatrische Krisen-)Erfahrung als Expertise in

1 Ich positioniere mich in dieser Dissertationsschrift im »Vielnamenfach Volkskunde/Europäische Ethnologie/Sozial- und Kulturanthropologie« (Hess und Schwertl 2012, 13) als Sozial- und Kulturanthropologin, da diese Arbeit im Besonderen an anglo-amerikanische Diskussionen der *Social and Cultural Anthropology* anknüpft.

2 Ich nutze in dieser Arbeit abwechselnd männliche und weibliche Schreibweisen, um den Lesefluss in dieser ohnehin komplexen theoretischen Auseinandersetzung nicht weiter zu erschweren. Alle Personen, die sich keinem der beiden Geschlechter zuordnen, sind von meiner Seite aus mitgedacht.

einer Profession alltäglich wirksam? Wie wird etwas, dem es (scheinbar) an Allem mangelt, was klassischerweise Expertise zugeschrieben wird – wie bspw. Universalität und Verlässlichkeit – als Erfahrungsexpertise verhandelt, anerkannt und wirksam?

Diese Dissertation ist auf der einen Seite eine Ethnografie über Genesungsbegleitung – eine professionelle Tätigkeit, die explizit auf einer spezifischen Form der (Krisen-)Erfahrung aufbaut (u.a. Utschakowski 2014; Baillergeau und Duyvendak 2016). Auf der anderen Seite thematisiert sie die verwirrenden, chaotischen und schwer zu greifenden Relationen zwischen Erfahrung(en) und Expertis(en) auch über dieses Forschungsfeld hinaus .

Bei Genesungsbegleitung handelt es sich bisher nicht um einen nach den Kriterien der Industrie- und Handelskammer zertifizierten Beruf, sondern um ein allmählich immer häufiger anzutreffendes, professionelles Phänomen. Dieses befindet sich in Deutschland gegenwärtig in einem Prozess der Institutionalisierung (Abbott 1988; Utschakowski 2015). Alle Genesungsbegleiterinnen sind zunächst *Peers* (Ebenbürtige, Anmerkung C.S.), die im psychiatrischen Kontext arbeiten. In der nachfolgenden Arbeit fokussiere ich dabei stationäre und teilstationäre institutionelle Settings in denen Psychiatrieerfahrene oder deren Angehörige arbeiten – und keine komplementären Versorgungsangebote, wie beispielsweise psychosoziale Beratungsstellen oder auch Selbsthilfegruppen. Das heißt, das Berufsfeld der Genesungsbegleiter, die im Zentrum dieser Arbeit stehen, sind psychiatrische Kliniken, in denen Nutzerinnen entweder vollstationär oder tagesklinisch untergebracht sind. Denn genau in diesen Krankenhaussettings wird deutlich, dass Genesungsbegleitung eine Tätigkeit ist, die tradierte Grenzziehungen der psychiatrischen Versorgung infrage stellen kann. Das trifft unter anderem auf diejenige zwischen Mitarbeiterinnen und Nutzerinnen zu: So scheint durch Genesungsbegleitung das klassische Objekt der Psychiatrie, die Patientin[3], zum Subjekt der Psychiatrie zu werden (von Trotha und Dick 2003). Diese Differenz zwischen Mitarbeitern und Nutzern – und deren Überschreitung durch Genesungsbegleiter – wurde beispielsweise während einer psychiatrischen Fachkonferenz thematisiert, wie ich folgendermaßen in meinem Feldforschungstagebuch notiert habe:

> »Morgens bin ich reingekommen und eine Kollegin fragt mich direkt: Wie hast du geschlafen? Nichts anderes vorher oder nachher.« Die Genesungsbegleiterin wirkt etwas aufgebracht bei dieser Erzählung und das Publikum raunt. »Ich habe dann im Anschluss zu der Kollegin gesagt, ich muss mal unter zwei Augen mit

---

3 Ich verwende in dieser Arbeit sowohl den Begriff Patientin, Nutzerin als auch Klientin. Deren unterschiedliche Etymologien und Bedeutungen sind mir bewusst (u.a. Rogler 2005, McLaughlin 2009, Simmons et al. 2010). Dabei orientiere ich mich vor allem an den Begrifflichkeiten im Feld; so wurde in den (teil-)stationären Settings meiner Arbeit vor allem von Patientinnen gesprochen. In meiner Analyse bevorzuge ich den Terminus Nutzerin.

dir sprechen: Ich bin deine Kollegin, nicht deine Klientin. Seitdem ist es wieder klarer.«[4] [5] (FN III; 07.10.2016)[6]

Es geht also um die Kollegin, nicht die Klientin. Allerdings stellt sich die Frage, wie weit solche und andere Überschreitungen in (teil-)stationäre psychiatrische Alltage reichen und wie neue bzw. veränderte Differenzkategorien (Hirschauer 2016) in psychiatrischer Versorgung mit dem professionellen Phänomen Genesungsbegleitung entstehen. So wird von anderer Seite problematisiert, dass der Beitrag der Psychiatrieerfahrenen für psychiatrische Versorgung nicht nur auf deren persönlichen Hintergrund und ein paraprofessionelles Agieren reduziert werden könne, wie es so häufig bei Genesungsbegleitung geschehe (Russo 2016). Das Thema dieser Arbeit ist demnach ein aufkommendes Berufsfeld, das sich im Spannungsfeld zwischen diversen Kategorien – zum Beispiel Mitarbeiter und Nutzer – verorten lässt.

Zugleich widmet sich diese Arbeit den verschlungenen Pfaden zwischen *Erfahrung(en)* und *Expertise(n)*. Das Problem von Expertise, seiner Generierung, Verteilung usw. ist nahezu omnipräsent in wissenschaftlichen, politischen und öffentlichen Debatten der letzten Jahre (u.a. Beck 2015a; Boyer 2008). Aktuell verschärft sich deren Ton – in Zeiten von ›fake news‹ wird bisweilen »Der Tod der Expertise« (Nichols 2017, Übersetzung CS) und der Untergang einer, vielleicht nie vorhanden gewesenen, *Wissensgesellschaft* (u.a. Stehr 1994) prophezeit (Hirschli 2018). Verfechter einer moralischen und inhaltlichen Sonderstellung von Expertise (u.a. Collins 2014; Collins und Evans 2017) stehen Kommentatoren gegenüber, die diese Sonderstellung für erklärungswürdig halten (u.a. Jasanoff 2003; Wynne 2014). Die Streitfrage nach der Öffnung von formaler Expertise und der Anerkennung von ›anderen Formen‹ des Wissens als demokratisches Vorhaben rückt dabei immer stärker ins Zentrum des Geschehens (u.a. Durant 2011; Haywood und Besley 2014).

---

4 Alle Interviewausschnitte und Feldnotizen sind aus Gründen der Lesbarkeit – und um den Unterschied zwischen Schriftsprache und gesprochener Sprache nicht zu stark zu betonen – grammatikalisch redigiert. Ich habe dabei versucht, so wenig inhaltliche Veränderungen wie möglich herbeizuführen. Da ich keine hermeneutische, an einzelnen sprachlichen Figuren ausgerichtete Interpretation vornehme, wirken sich diese Veränderungen inhaltlich nur minimal aus. Zudem zitiere ich die von mir erinnerte wörtliche Rede formal als wörtliche Rede in Guillemets.

5 Alle Namen von Personen, mit denen ich im Laufe meiner Forschung zu tun hatte und die in Ausschnitten erwähnt werden, wurden pseudonymisiert. Zudem habe ich eine fiktive *persona* (wie ich in Kapitel 2.3. ausführe) mit Namen »Anna« für alle Genesungsbegleiterinnen, die ich begleitet und mit denen ich gesprochen habe erschaffen. Andernfalls wäre möglicherweise doch zu ermitteln, mit wem ich zusammengearbeitet habe.

6 Im Anschluss an die Bibliografie findet sich ein Überblick der empirischen Materialien; Feldnotizen (FN), Gruppeninterviews (GI) und Einzelinterviews (EI).

Gerade in Diskussionen um psychiatrische Gesundheitsversorgung steht die vielfach konstatierte Legitimationskrise eines paternalistischen Medizinmodells (u. a Baillergeau und Duyvendak 2017; Blume 2017) einem (mehr oder weniger positiv bewerteten) Aufstieg von Demokratisierungsbewegungen gegenüber (u.a. Cambrosio et al. 2014; Baillergeau und Duyvendak 2016). Die Geltung von (Nutzerinnen-)Erfahrung als Expertise scheint sich dabei zu verändern (u.a. Murphy 2018). Dies gelte sowohl für Handlungsentscheidungen (u.a. Popay und Williams 1996; Caron-Flinterman, Broerse und Bunders 2005; Boardman 2014; Baillergeau und Duyvendak 2016) als auch für politische Prozesse (Frances 2013b; Rabeharisoa, Moreira und Akrich 2014; Blume 2017). Doch – unabhängig davon, wie solche Veränderungen festgestellt und bewertet werden – meiner Ansicht nach bleibt viel zu häufig unklar, wo und wie genau was als *Erfahrungsexpertise* generiert und wirksam wird.

Ich entfalte diese Frage danach, wie Erfahrung als Expertise im Feld Genesungsbegleitung mobilisiert wird (Beck 2009; Beck, 2012; Beck 2015a) wesentlich entlang von drei Strängen:

Erstens in Bezug auf das Feld Genesungsbegleitung und sein Verhältnis zu *einer* bestimmten psychischen, bzw. psychiatrischen Krisenerfahrung, die zwar als Basis dieser Tätigkeit gilt und doch sowohl epistemologisch als auch im Hinblick auf ihre alltägliche Konstruktion hin wenig betrachtet wird. Ich habe in diesem Feld über einen Zeitraum von circa drei Jahren ethnografisch geforscht; konkret habe ich zwei Genesungsbegleiterinnen bei ihrer alltäglichen Arbeit, in einer psychiatrischen Akutstation und in einer tagesklinischen Einrichtung, insgesamt über einen Zeitraum von circa sechs Monaten begleitet und darüber hinaus Teilnehmende Beobachtung auf Konferenzen und anderen Orten unternommen. Zudem habe ich 13 Expertinneninterviews und mehrere Fokusgruppengespräche geführt, schriftliche Dokumente und Materialien zum Thema gesammelt (Teil I).

Zweitens richte ich den Blick auf verschiedene innerdisziplinäre Komplexe, die die Relationen zwischen Erfahrung(n) und Expertise(n) thematisieren. Ich betrachte dabei den methodologischen Zusammenhang zwischen ethnografischer Wissensproduktion und Feldforschungserfahrungen ebenso wie ethnografische Studien, die Erfahrung zum zentralen Untersuchungsgegenstand haben, aber auch das medizinanthropologische Hinterland, bei dem Erfahrung und Expertise in verschiedenen Konzeptionen zusammengeführt werden (Teil II). Ich folge dabei der Definition des US-amerikanischen Kulturanthropologen Dominic Boyer, der die Figur des Experten in einem sehr weiten Begriff als: »actor who has developed skills in, semiotic-epistemic competence for and attentional concern with, some sphere of practical activity« (Boyer 2008:39) versteht – also in einem Verständnis, in dem Expertise nicht notwendigerweise eine sozial anerkannte Form sein muss. Dennoch nehme ich in dieser Arbeit eine Entwicklung in Augenschein, bei der sich

auch der soziale Status der Expertise von Genesungsbegleitern mit der Anerkennung als berufliche Qualifikation verändert.

Im dritten Strang – und Teil dieses Buches – analysiere ich anhand meines ethnografisch empirischen Materials wie Erfahrung als Expertise im (teil-)stationären psychiatrischen Alltag mit Genesungsbegleitung in Kraft tritt. Ich entwickle die These, dass die alltägliche »Mobilisierung von Erfahrung« (Beck 2009) und das Wirksamwerden von Erfahrungsexpertise im Kontext von Genesungsbegleitung wesentlich entlang spezifischer *Praktiken des Reflektierens* erfolgt (Teil III).

Mit diesen drei Strängen oszilliere ich thematisch zwischen dem Feld Genesungsbegleitung und kulturanthropologischem Forschen und versuche dabei herauszuformen, was der eine Bereich vom anderen lernen kann und umgekehrt.

Die eingangs formulierte Parallele zwischen einer unfreiwilligen psychischen – beziehungsweise psychiatrischen – Krisenerfahrung (und dem Beruf Genesungsbegleitung) und einer freiwilligen Feldforschungserfahrung (und dem Beruf Kulturanthropologin) ist sicherlich problematisch. Dennoch verweist die Gegenüberstellung auf ein grundsätzliches Dilemma in Debatten um *Erfahrungsexpertise*: Erfahrung wird häufig als scheinbar universelles menschliches Phänomen gehandelt – als *common ground* – das gleichzeitig eine sehr große Bandbreite an teils widersprüchlichen (siehe Kapitel 3, S.81) Konzeptionen beherbergt (u.a. Throop 2003; Jay 2006; Willen und Seeman 2012; Pols und Hoogsteyns 2016). Zunächst scheint dies nicht weiter verwunderlich, bedenkt man, dass Erfahrung wohl einer der umstrittensten Begriffe der Menschheitsgeschichte ist (Dewey 2001:171). Die Omnipräsenz und gleichzeitige Unklarheit kann jedoch folgenschwer sein, wenn die mit den jeweiligen Verständnissen einhergehenden Effekte und Wirkweisen von Erfahrungsexpertise ebenso ungreifbar wie unangreifbar werden. Im Besonderen wird dies meiner Ansicht nach im Kontext (teil-)stationärer psychiatrischer Versorgung deutlich. *Erfahrungsexpertise* oder im Englischen *experiential expertise, patient knowledge* usw. sind zwar Reizwörter in Diskussionen um aktuelle und zukünftige Entwicklungen psychiatrischer Versorgung (u.a. Velpry 2008; Baillergeau und Duyvendak 2016; Blume 2017; Boardman 2017). Dabei bleibt in der Mehrheit der Fälle unklar, was genau damit gemeint ist oder wie diese Expertise im psychiatrischen Alltag relevant wird. Obwohl sie im Feld Genesungsbegleitung zum Fundament einer neuen Profession wird, werden grundlegende epistemologische Fragen rund um diesen Nexus vernachlässigt (Voronka 2017). Das kann, meiner Ansicht nach, zu verschiedenen Missverständnissen und Anerkennungsschwierigkeiten im Alltag von Genesungsbegleitern führen. So bemerkte eine Genesungsbegleiterin, die in einer psychiatrischen Akutstation arbeitet, über ihre Kolleginnen: »Die erhoffen sich irgendwas von mir, obwohl sie nicht wissen, was ich mache.« (FN II; 7.05.2015)

Das heißt jedoch nicht, dass Genesungsbegleiterinnen selbst ›nicht wüssten, was sie tun‹. Denn – trotz aller Unklarheiten – ist die spezifische Erfahrungsexper-

tise bei Genesungsbegleitung, wie bereits in vielen psychologisch-psychiatrischen Studien untersucht, wirksam (u.a. für psychologische Studien zur Wirksamkeit Lloyd-Evans et al. 2014; Mahlke et al. 2015a; Heumann et al. 2016a; Salzer et al. 2016). Unter anderem werden eine verringerte stationäre Aufenthaltsdauer (Repper und Carter 2011; Scott und Doughty 2012), Re-Integration der Nutzerinnen in den Arbeitsmarkt oder die Verbesserung der Lebensqualität (u.a. Felton et al. 1995) auf die Mitarbeit von Genesungsbegleitern zurückgeführt.

Auch für meine kulturanthropologische Perspektive, in der es nicht um die therapeutische Wirkung sondern um deren alltägliche Verhandlung geht, steht fest: Mobilisierte Erfahrung von Genesungsbegleiterinnen als Expertise ist wertvoll für andere Nutzer, und sie hat poietischen Charakter, wie auch Stefan Beck schrieb (Beck 2015a) – sie macht einen Unterschied. Aber wie kommt es dazu, dass eine spezifische (Krisen-)Erfahrung als Expertise wirksam wird? Es ist mein Hauptanliegen nachzuzeichnen, wie genau sie im (teil-)stationären Alltag in Praktiken ein- und hervorgebracht wird und es zu einem Unterschied kommt (und wie nicht).

1.2 Vorgehen

Zu Recht erwartet nun die Leserin die Definition der Begriffe *Erfahrung*[7], *Expertise*[8] und *Erfahrungsexpertise*[9]. Aber es ist nicht mein Anliegen, die bereits bestehende Fülle an Auseinandersetzungen (sowohl im Feld Genesungsbegleitung als auch innerhalb kultur- und sozialanthropologischen Forschens) mit einer weiteren Definition zu bereichern. Zwar baut die vorliegende Arbeit auf diesen Auseinandersetzungen auf und wird diverse Definitionsversuche einführen und aufgreifen, jedoch verfolge ich nicht das Ziel, einen weiteren oder gar umfassenden Begriff von Erfahrungsexpertise zu entwickeln.

Vielmehr suche ich, um es erneut zu betonen, nach Antworten auf die Frage, wie die spezifischen Erfahrungen von Genesungsbegleiterinnen im (teil-)stationären psychiatrischen Alltag eingebracht werden: Wie wird dort – und was wird dort – als Erfahrungsexpertise effektiv und wirksam?

Diese aufgeladene und kontrovers diskutierte Fragestellung nach Erfahrungsexpertise überhaupt kulturanthropologisch zu bearbeiten, ist ein riskantes Unterfangen. Robert Desjarlais schlug vor – in seinem Fall in Bezug auf den Begriff Erfahrung –, dass es wohl die beste Strategie sei solch große Kategorien nicht neu zu

---

7 Für eine philosophische und wissenschaftshistorische Einführung in den Begriff siehe u.a. Jay 2006 und Hampe und Lotter 2000. Für eine Einführung innerhalb des kulturanthropologischen Diskurses: Willen und Seeman 2012.

8 Für eine kulturanthropologische Einführung siehe u.a. Boyer 2008.

9 Einen Überblick über aktuelle kulturanthropologische Untersuchungen im Kontext von Gesundheitsversorgung und der Frage nach ›Erfahrungsexpertise‹ gibt Baillergeau 2017.

definieren oder komplett zu verwerfen. Stattdessen könne man sie von bestimmten Bedeutungen »entkleiden« (Desjarlais 1997, 18; Übersetzung CS) und mit neuen Bedingungen und Konditionen »bekleiden« (ebd.). In einer Abwandlung dieses Vorschlages werde ich Erfahrung, Expertise sowie ihr Verhältnis zueinander in Erfahrungsexpertise weder neudefinieren noch als unbrauchbar verabschieden.

Ich entscheide mich damit gegen die Frage was Erfahrungsexpertise *ist* und stattdessen für die Frage was sie *tut* (u.a. Pols 2014), denn es ist mein Ziel die Bedingungen, Bedeutungen und Wirkungen von Erfahrungsexpertise in alltäglichen Praktiken untersuchen. Eine solche praxeologische Wendung der Fragestellung ist für ein ethnografisches Vorgehen meiner Ansicht nach produktiv: Dieser Fokus ermöglicht, Erfahrungsexpertise nicht als ahistorische Größe zu betrachten, sondern als Vielzahl von sozialen Prozessen zu beschreiben, die soziale Ordnungen hervorbringen (u.a. Law 1994; Law und Mol 2002). Das bedeutet auch, dass Wissenspraktiken im Fokus dieser Auseinandersetzung stehen und ich Erfahrungsexpertise nicht im Sinne eines Inhaltes begreife (Sørensen 2011).[10]

Die Arbeit handelt demnach gerade nicht von Erfahrungsexpertise als allein individuellem, abgeschlossenen und unveränderlichen »Schatzkästchen« (EI 6; 05.02.2017), wie es einer meiner Gesprächspartner nannte. Eine solche Sichtweise auf Erfahrung als allein subjektives Durchleben, das sich in einer individuellen Ressource der Genesungsbegleiterinnen niederschlägt, bringt aus meiner Sicht mehrfach problematische Konsequenzen mit sich. Unter anderem besteht eine Schwierigkeit darin, dass die darauf aufbauende Expertise allein danach beurteilt wird, *wer* sie artikuliert, und nicht danach, *wer, wie* und *wo* sie artikuliert wird. Es ist also nicht das Ziel dieser Ethnografie über ›die Erfahrungen von Genesungsbegleitern‹ zu schreiben, sondern vielmehr zu betrachten, wie spezifische Erfahrungen als Expertise im teilstationären Raum wirkmächtig werden. Ebenso wenig ist es die Idee dieser Arbeit die Genesungsbegleiterinnen als Repräsentanten von Erfahrungswissen per se zu definieren; sicherlich arbeiten auch alle anderen Professionen in der (teil-)stationären psychiatrischen Versorgung mit und auf der Grundlage von Erfahrungen.

In Abgrenzung dazu geht es mir um die alltägliche Ko-Konstitution von psychiatrischen (Krisen-)Erfahrungen als spezifische Form der Expertise im (teil-)stationären psychiatrischen Alltag. In meiner Arbeit stelle ich dar, wie Erfahrungen hier durch Genesungsbegleitung als Expertise mobilisiert werden. In diesem Sinne schiebe ich Erfahrungsexpertise hin und her, stelle sie an einen unüblichen Ort und »ver-rücke«[11] Expertise – dabei werden sowohl formal anerkannte und zertifizierte

---

10 Wie Stefan Beck ausführt ist eine Problematik dieser Sichtweise, dass deren Anwendung immer zu einem sekundären Problem wird (Beck 2015a).

11 Für Immanuel Kant ist die Verrückung: »Diese Eigenschaft des Gestörten, nach welcher er ohne einen besonders merklichen Grad einer heftigen Krankheit im wachen Zustande ge-

Expertisen als auch *Genesungsbegleitungs-Expertisen* hin- und hergerückt. Das steht im Gegensatz zur Mehrheit bestehender Auseinandersetzungen mit dem Thema, in denen zumeist ein klarer Unterschied zwischen professionellem Expertinnenwissen (als wissenschaftlichem Wissen) und Erfahrungsexpertenwissen (in diesem Kontext die professionalisierte Laienperspektive der Genesungsbegleiterinnen) als unproblematische Annahme – und nicht als zu erklärende Ordnung, wie ich es ausführen will – vorausgesetzt wird (u.a. Collins und Evans 2002). Im Zentrum meiner Arbeit stehen verschiedene Bezüge zwischen Psychiatrieerleben, dessen Integration in Praktiken und *einer* spezifischen (Genesungsbegleitungs-)Expertise.

Dazu werde ich zunächst in Kapitel 2 auf das Berufsfeld und das Forschungsfeld Genesungsbegleitung eingehen. Ich werde darlegen, wer überhaupt potentiell Genesungsbegleiter sein kann, was sie tun und welche spezifischen Kontexte für das Aufkommen von Genesungsbegleitung in Deutschland wichtig sind. Dann werde ich die Diskussionen über Genesungsbegleitung, die in der psychiatrischen und psychologischen Fachliteratur der vergangenen zehn Jahre stattgefunden haben und den konkreten Forschungsablauf dieser Studie skizzieren. Dabei wird deutlich, dass die *Erfahrungsexpertise* von GenesungsbegleiterInnen einerseits sehr zentral – zum Beispiel als Antwort auf Legitimationsschwierigkeiten eines gegenwärtigen Versorgungssystems – gestellt wird. Andererseits – zum Beispiel in Bezug auf epistemologische und ontologische, aber auch manch alltagspraktische Fragen – bleibt sie doch häufig ignoriert. Aus dieser Forschungslücke ergeben sich meiner Ansicht nach zwei methodologische Aspekte, die für diese Arbeit zentral sind: Zum einen ein praxistheoretischer Fokus auf Erfahrungsexpertise und zum anderen ein ko-laboratives Vorgehen.

In Kapitel 3 »Erfahrung als Konzept und Konzeption«, werde ich – in einem Themengebiet, in dem sich ein Forschungsstand angesichts der schieren Fülle und Komplexität kaum in ein einzelnes Narrativ oder gar auf einen Nenner bringen lässt – eine Grundlage für meine Analyse legen. Zunächst fokussiere ich disziplinäre Besonderheiten und konturiere, welche Rolle Erfahrung darin sowohl als Teil der empirischen Methoden als auch als Forschungsgegenstand einnimmt. Im Anschluss gehe ich auf zwei zentrale disziplinäre Kritiklinien an »Erfahrung als Instrument von Wissensproduktion« ein. Daraufhin wende ich mich zwei meiner Ansicht nach häufigen Umgangsstrategien in kulturanthropologischen Auseinandersetzungen mit Erfahrung zu und damit der Frage, was untersucht wird, wenn

wohnt ist, gewisse Dinge als klar empfunden sich vorzustellen, von denen gleichwohl nichts gegenwärtig ist.« (Kant Werk in sechs Bänden, Bd.1, 213f.). Mein Begriff bezieht sich nicht in engem Sinne auf sein Verständnis von Verrücktheit, sondern auf den Zusammenhang zu einem räumlichen hin- und herrücken, auf den Kant neben dieser Definition auch verwies. Durch die Schreibweise versuche ich dies zu verdeutlichen. Es geht mir um Verschiebungen, dessen was Expertise ist und sein kann.

Erfahrungen Untersuchungsgegenstand sind. Im Anschluss konkretisiere ich das medizinanthropologische, epistemische Hinterland dieser Forschung und spezifische, hier thematisierte Verknüpfungen von Erfahrung und Expertise (zum Beispiel als »patient knowledge« [Pols 2016]).

Im Verlauf dieser Arbeit entwickle ich die These, dass die alltägliche »Mobilisierung von Erfahrung« (Beck 2009) und das Wirksamwerden von Erfahrungsexpertise im Kontext von Genesungsbegleitung wesentlich entlang verschiedener *Praktiken des Reflektierens* erfolgt. Den polysemantischen Begriff Reflexivität (siehe für zusammenfassende Diskussionen u.a. Woolgar 1991; Marcus 1994; Lynch 2000, Salzman 2002), der von der optisch-mechanischen Rückspiegelung bis zur bewussten menschlichen Fähigkeit, von radikaler Reflexivität hin zu »gutartiger Introspektion« (Woolgar 1991, 21, Übersetzung CS) reicht, führe ich in Kapitel 4 ein. Dann erläutere ich die dieser Arbeit zugrundeliegende Definition von Reflektieren als »›sense-making‹ activity performed by people or inscribed into written documents« (Loon 2015, 17). Das heißt, *Praktiken des Reflektierens* in diesem Sinne sind kontextabhängig. Sie beschreiben kein allein individuelles Phänomen oder einen allein innerlichen kognitiv-mentalen Vorgang (können sich jedoch auf einen solchen beziehen).

Stefan Beck bemerkte für die spezifische Expertise von Genesungsbegleiterinnen, sie werde gerade dadurch relevant, dass es ihr an Allgemeinheit, Universalität, Sicherheit und Verlässlichkeit (also all jener Eigenschaften, die traditionellerweise mit Expertise in Verbindung gebracht werden) mangele (Beck 2012). In Weiterführung dieser Argumentation gehe ich davon aus, dass sich die alltägliche Wirkmacht der Expertise im Umfeld von (teil-)stationärer Genesungsbegleitung deren Bewegungen innerhalb polarer Spannungen verdankt: Sie steht nicht allein im Kontrast zu Formen eines medizinischen, formal zertifizierten[12] Wissens, sondern unterstützt dieses auch. Sie muss sich zwischen Empathie und Universalisierung, zwischen sogenannter professioneller Nähe und professioneller Distanz, zwischen Beruf und Privatperson verorten. *Praktiken des Reflektierens,* so meine Interpretation, beschreiben eine rekursive Bewegung, die dieses Oszillieren herstellt.

In den beiden empirischen Kapitel 5 und 6 arbeite ich schließlich zwei exemplarische Modi des Reflektierens aus, mit denen Erfahrungsexpertise meiner Ansicht nach im (teil-)stationären Alltag eingebracht wird: Praktiken des *kanalisierenden Reflektierens* (Kapitel 5) und Praktiken des *erweiternden Reflektierens* (Kapitel 6).

Praktiken des *kanalisierenden Reflektierens* zeichnen sich dadurch aus, dass sie sich auf eine individuelle psychische Krisenerfahrung beziehen und in eine Kanalisierung hinein in die (teil-)stationäre psychiatrische Versorgung münden – und

12 So übersetze ich den in Diskursen des angloamerikanischen Sprachraums gebräuchlichen Begriff »credentialed knowledge« (Rabeharisoa, Moreira und Akrich 2014).

dabei auf der Idee einer innerlichen Krisenerfahrung aufbauen, die in überindividuelles Wissen transformiert werden kann. *Kanalisierendes Reflektieren* ermöglicht eine Annäherung zwischen »Expertise aus Erfahrung« (Utschakowski et al. 2009) und Formen zertifizierten Wissens. Dabei übernimmt eine Form des *Situierten Generalisierens* (in bewusster Analogie zum kulturanthropologischem Diktum des Generalisierens innerhalb von Fällen) eine zentrale Rolle. In diesen empirischen Beschreibungen wird die Erweiterung des Gültigkeitsbereiches eines spezifischen koproduzierten Wissens und dessen gleichzeitige subjektive Bindung über verschiedene Rück- und Über*blicke* auf Krisenerfahrungen und Aus*blicke* über diese hinaus, generiert.

Dagegen werden mit *Praktiken des erweiternden Reflektierens*, die ich Kapitel 6 ausführe, vor allem Differenzen zu formal anerkannter Expertise im (teil-)stationären Alltag wirksam: sei es in Opposition dazu oder im Sinne eines Zusatzes, der die (vermeintlichen und tatsächlichen) blinden Flecken von medizinisch-psychiatrischer Versorgung adressiert. Praktiken des *erweiternden Reflektierens* bauen nicht notwendigerweise auf der Idee eines innerlichen, individuellen Krisenerlebens auf, sondern reflektieren, um es an dieser Stelle kurz zu sagen, vor allem die gemeinsame Situation zwischen Patienten und Mitarbeitern im psychiatrischen (teil-)stationären Alltag.

Praktiken des Reflektierens in dieser neuen Zwischenzone von Genesungsbegleitung sind potentiell bahnbrechend – und dies über den spezifischen Kontext von Genesungsbegleitung hinaus – wenn es sich dabei nicht nur um eine Verschiebung der Demarkationslinien handelt: Inwiefern orientiert sich Genesungsbegleitungsexpertise in einem biomedizinischen Paradigma an den klassischen Prämissen wissenschaftlichen Wissens – wie beispielsweise Universalität und Zuverlässigkeit (u.a. Porschen 2008)? Oder eröffnet Genesungsbegleitung einen neuen »knowledge space«[13] (Turnbull 2000, 4), in dem verschiedene Berufsgruppen miteinander ko-laborieren und neue Wissenspraktiken generieren? Wie gelingt es dabei Erfahrungsexpertise über einzelne Individuen hinauszukatapultieren und gleichzeitig mit diesen verbunden zu lassen? Diesen Leitfragen folge ich in meiner Dissertation und suche Erfahrungsexpertise im Feld Genesungsbegleitung zu *erfaren* (im Grimmschen Sinne des Ein- oder Überholens, Grimm und Grimm 1862, 788).

Ich schließe mit einer Zusammenfassung der Ergebnisse in Kapitel 7 und greife dabei den bereits umrissenen Anlass einer (vermeintlichen) Öffnung von Expertise und der Anerkennung von ›anderen Formen‹ des Wissens als demokratisches Vorhaben wieder auf. Oder, um das Problemfeld, das ich nachfolgend genauer beleuchte, mit den Worten einer Genesungsbegleiterin zusammenzufassen:

---

13 »The interactive, contingent assemblage of space and knowledge, sustained and created by social labour, results in what I call a ›knowledge space‹.« (Turnbull 2000, 4)

Ja, wie ist das eigentlich mit der Erfahrung. Das kann schon eine hohe Nähe erzeugen, gemeinsame Erfahrungen. Aber ich glaube, es kann auch ein Befremden erzeugen. [Pause] Je nachdem, wie das Setting ist. (EI 13; 07.08.2017)

2 »Berufsverrückt«[1]: Das Forschungsfeld Genesungsbegleitung

> In unserer psychiatrischen Landschaft fehlt eine Berufsgruppe. Und das ist die der subjektiven Seite. (EI 11; 01.03. 2017)

Genesungsbegleitung – die Berufsgruppe der »subjektiven Seite« (ebd.), wie es eine Pflegedienstleiterin im Gespräch nannte – ist in Deutschland eine aktuell im Entstehen begriffene Profession (Rebeiro Gruhl, Lacarte und Calixte 2016). International gelten Genesungsbegleiter (bzw. deren internationales Äquivalent *Peer Support*) als eine der am schnellsten wachsenden Berufsgruppen innerhalb der psychiatrischen Versorgung (Doughty 2011). Die primäre Basis für eine Tätigkeit als Genesungsbegleiterin ist die eigene Psychiatrieerfahrung oder die Erfahrung als Angehörige von Psychiatrieerfahrenen (Utschakowski et al. 2009). Eine Form der persönlichen Erfahrung wird damit zum Ausgangspunkt dieses neuen Berufszweigs und zugleich zu einer Form der Expertise. Rund um Genesungsbegleitung gruppiere ich mein empirisches Forschungsfeld und skizziere meinen Zugriff auf epistemologische Fragen rund um Erfahrungsexpertise. Zunächst werde ich der Frage nachgehen, wer potenziell Genesungsbegleiterin sein kann, und darlegen, welche Tätigkeiten damit verbunden sind. Danach gehe ich kurz auf Eigenheiten des deutschen psychiatrischen Versorgungskontextes in Bezug auf Genesungsbegleitung ein, um im Anschluss daran das Forschungsfeld zu entwerfen. Dabei gehe ich davon aus, dass ich als Forscherin dieses Feld aktiv hervorbringe und mitgestalte (Law und Urry 2004) – dies in Abgrenzung zu einem konventionellen, stationären Feldbegriff, der die Kongruenz eines territorial festgelegten Raums mit einer ausschließlich auf ihn bezogenen Kultur voraussetzt.[2]

---

1 Diese Selbstbezeichnung erwähnte ein Genesungsbegleiter im Gespräch; sie begegnete mir im Laufe der Feldforschung wiederholt.

2 »Dass heute das In-Eins-Fallen von sozialer Gruppe, Territorium und geteilter Kultur immer weniger selbstverständlich vorausgesetzt werden kann, macht vor allem eins deutlich: Die Vorstellung von der an eine homogene Gruppe gebundenen, in ihrer flächenhaften Ausdehnung territorial beschreibbaren Kultur war schon immer ein Konstrukt. […] Das Feld ist kein

Diese Einführung in den Beruf Genesungsbegleitung in Deutschland führt zu einer weiteren, höchst dynamischen und einflussreichen Folie, auf der sich die Konflikte um diese spezifische Erfahrungsexpertise konstituieren: den Diskussionen über Genesungsbegleitung, die in der psychiatrischen und psychologischen Fachliteratur der vergangenen zehn Jahre stattgefunden haben. Entlang dieses Spezialdiskurses werde ich darstellen, welche Forschungslücke sich auftut, wenn es um die – einerseits so zentral gestellte, andererseits doch meist ignorierte – Erfahrungsexpertise von Genesungsbegleiterinnen geht. Zum Schluss des Kapitels lege ich die inhaltlichen und methodologischen Folgerungen dar, die sich aus dieser Forschungslücke für das empirische Feld ergeben, um deren praktisch-methodische Implikationen sowie meine forschungsethischen Entscheidungen im konkreten Forschungsablauf zu erläutern.

Dieses Kapitel umfasst also den medizinisch-psychiatrischen Diskurs ***über*** Genesungsbegleitung, die methodologischen Bedingungen der Zusammenarbeit ***mit*** Genesungsbegleitern und meinen empirischen Umgang ***im*** Feld Genesungsbegleitung.

2.1 *Über* Genesungsbegleitung: Was ist das? Was *tun* Genesungsbegleiter? Und woher kommt Genesungsbegleitung?

»Wer selbst psychische Krisen durchlebt hat, weiß am besten, was ihm in diesen Situationen gutgetan hat.« (Utschakowski et al. 2009) Dieses Zitat aus dem Klappentext des einschlägigen Sammelbandes *Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern* bringt die Idee des in Deutschland relativ jungen Berufs der Genesungsbegleiterin auf den Punkt: Das Wissen von Personen, die selbst Erfahrung mit psychischen Krisen haben, soll als Ressource zur Unterstützung von Menschen in psychischen Krisen genutzt werden (von Trotha und Dick 2003).[3] Die wohlklingende Bezeichnung *Genesungsbegleitung* wurde dabei im Rahmen des mit EU-Mitteln geförderten Pilotprojekts *EX-IN* (= Experienced Involvement) geprägt, auf das ich nachfolgend noch ausführlicher eingehen werde. In diesem Projekt wurde ein Curriculum zur Weiterbildung von Psychiatrieerfahrenen oder deren Angehörigen zur Genesungsbegleiterin entwickelt. Unterdessen hat sich die (gesetzlich nicht geschützte) Bezeichnung Genesungsbegleiter über den Zusammen-

---

Ort, der der Forschung vorgängig existiert und der nur einfach aufgesucht wird, sondern vielmehr Produkt eines Herstellungsprozesses.« (Welz 2009, 202)

3 In anderen europäischen Ländern sind entsprechende Berufsbilder teilweise bereits etabliert. Zum Beispiel gibt es in den Niederlanden seit 2012 eine Berufsvereinigung von Erfahrungsexperten (Baillergeau und Duyvendak 2016).

hang dieser spezifischen Weiterbildung hinaus verbreitet. Auch Personen, die die *EX-IN*-Weiterbildung selbst nicht absolviert haben, aber als Psychiatrieerfahrene oder Angehörige von Psychiatrieerfahrenen in der stationären wie komplementären psychiatrischen Versorgung arbeiten, werden im Feld Genesungsbegleiter genannt (Schmid 2017).

Alle Genesungsbegleiter (ob mit oder ohne *EX-IN*-Weiterbildung) sind zunächst *Peers* (Ebenbürtige, Übersetzung CS), die im psychiatrischen Kontext arbeiten. Diese Idee, dass Peers einander unterstützen und professionelle wie semi-professionelle Tätigkeiten übernehmen, ist weder für den psychiatrischen Bereich noch für andere Berufsfelder neu. Dabei ist sowohl die Bandbreite der Formate als auch die der Arbeitskontexte groß (Mahlke et al. 2014): Peers kommen unter anderem in der Suchtberatung und Gesundheitsaufklärung (u.a. Sarafian 2012), in der Schulbildung (Nörber 2003) und in der Behindertenhilfe (Peer Counceling n.d.) zum Einsatz. Wer genau ein Peer sein kann und welche Aufgaben Peers inner- und außerhalb psychiatrischer institutioneller Kontexte übernehmen können, ist jedoch umstritten (u.a. Mahlke et al. 2015a; Rebeiro Gruhl et al. 2016).

Peer-Arbeit in psychiatrischer Versorgung

Peer-Unterstützung versus Peer-Arbeit

> [P]eer support refers to a situation where people with experience of mental health problems are offering each other support based on their lived experience.
> (Faulkner et al. 2013, 6)

Diese Definition der englischen Erfahrungsexpertin und *Survivor*[4]-Forscherin Alison Faulkner und ihrer Mitautorinnen umreißt den Personenkreis, der für die Tätigkeit als Peer-Arbeiter infrage kommt: Es handelt sich um Personen, die selbst Unterstützung auf Basis ihrer *gelebten Erfahrung* (siehe für genauer Ausführungen Kapitel 3.2.1, S. 102) in und mit psychiatrischen Kontexten bieten können. Wie in nahezu allen anderen Definitionen von Peer Support wird ein fundamentaler Bezug zu *gelebter Erfahrung* hergestellt, seine Implikationen bleiben indes meist unklar (Dixon, Krauss und Lehman 1994; Mead 2003; Beales und Wilson 2015; Davidson 2015; Asad und Chreim 2016; Rebeiro Gruhl, Lacarte und Calixte 2016). Faulkner und Mitautoren betonten in ihrer Definition, dass Peer-Unterstützung zunächst eine reziproke Beziehung ist, in der nicht festgelegt ist, in welche Richtung die

4 Unter dem Terminus *Survivor* Forscher werden Personen gefasst, die sich offen auf ihre eigene, persönliche Erfahrung mit psychiatrischen Diagnosen und Behandlungen in ihrer wissenschaftlichen Arbeit beziehen. Der Terminus *Survivor* (= Überlebender) verweist darauf, dass innerhalb dieser Bewegung davon ausgegangen wird, dass Psychiatrie etwas Bedrohliches ist, dass es zu überleben gilt. Ich werde auf S. 20f. genauer auf diesen Begriff eingehen.

Unterstützung verläuft – es gibt also keine eindeutige Unterscheidung in Behandlerinnen und Behandelte. Das bringt mit sich, dass viele Menschen sie nutzen, ohne sie so zu nennen, denn jedes informelle Gespräch auf dem Gang, dem Hof oder in der Kantine kann potenziell Peer-Unterstützung sein (Faulkner et al. 2013, 2).

Peer-Arbeit als institutionalisierte Ausformung von Peer-Unterstützung unterscheidet sich nach Ansicht der Betroffenen-Aktivistin Shery Mead vor allem durch die Aufhebung dieses prinzipiell reziproken Charakters (Mead 2014). Eine Genesungsbegleiterin in einer psychiatrischen Tagesklinik gilt beispielsweise als Senderin der Unterstützung, während die Klientinnen, bzw. Patientinnen oder Nutzerinnen als deren Empfängerinnen vorgesehen sind. Das bedeutet jedoch nicht, dass diese kategoriale Trennung alltagspraktisch undurchlässig wäre. Auch der Arzt kann zum Empfänger von Peer-Unterstützung werden (Mead 2003; Mead, Hilton und Curtis 2001). Mead nennt diese Form der institutionalisierten unidirektionalen Peer-Unterstützung *Intentional Peer Support* (Mead 2014). Dies ist jedoch nur eine von vielen gängigen Bezeichnungen (die jeweils mit entsprechenden Bedeutungsverschiebungen einhergehen): *consumer employees, consumer providers, consumer supporters, peer providers, peer staff, peer support specialists* (vgl. Miyamoto und Sono 2012) oder *formal peer support* (Bradstreet 2006, 34), um nur einige Beispiele zu nennen. Sie unterscheiden sich voneinander vor allem durch den Grad der Reziprozität und Formalität:

> Peer support is provided in a variety of service models which could be formal or informal, depending on the degree of reciprocity between clients and peer support providers, and the level of peer support structure and standardization.
> (Asad 16, 767)

Manche Autoren sehen in der sich hier abzeichnenden Vagheit eine Ursache für qualitativ schlechte Peer-Arbeit (Faulkner et al. 2013). Weil niemand so richtig wisse, was Peer-Arbeit umfasse, komme es zu dem Missverständnis, dass jede Person, die eine psychische Krise erlebt habe, eine Peer-Arbeiterin sein könne (Beales und Wilson 2015, 315). Während meiner Feldforschung begegnete ich vielen Versuchen, die Unklarheit mit metaphorischen Umschreibungen einzuhegen – von »Tofu-Arbeiter« (Utschakowski 2015, 27; weder *Fisch noch Fleisch* ist damit gemeint), über »Eisbrecher« und »Feuerwehr« bis hin zu »Hofnarr« (Heumann et al. 2018). Diese bildlichen Umschreibungen verweisen sicherlich auf Erwartungen und Rollenvorstellungen, mit denen sich Peer-Arbeiterinnen im Alltag psychiatrischer Gesundheitsversorgung konfrontiert sehen: Sie sollen ›das Eis brechen‹, ›den Brand löschen‹, unkonventionell Kritik an den ›Königen‹ der Klinik üben (Heumann et.al 2018). Doch damit ist noch nichts darüber gesagt, was Peer-Arbeit alltagspraktisch spezifisch macht (Rebeiro Gruhl, Lacarte und Calixte 2016) und wie sie verhandelt wird.

Aus soziologischer Sicht fassten Evelyne Baillergeau und Jan Willem Duyvendak kürzlich drei verschiedene mögliche Rollen von Peers zusammen: Erstens könne es sich um eine Art »Peer Delivery« (Baillergeau und Duyvendak 2016, 418) handeln, in denen Peers eine Nachricht oder einen Inhalt an eine Zielgruppe weitergeben sollen. Zweitens könne Peer-Arbeit eher im Sinne eines »Peer Development« (ebd.) in Zusammenarbeit mit einer Peergruppe stattfinden. Dabei handle es sich eher um eine gemeinsame Entwicklung von Inhalten, Nachrichten oder Ähnlichem. Drittens könnten sie als Multiplikatoren tätig werden, beispielsweise indem sie Lobbyarbeit leisten und Informationen an politische Entscheidungsträger weitergeben (Baillergeau und Duyvendak 2016). Allerdings trifft keine dieser Rollen direkt oder exklusiv auf Genesungsbegleiterinnen in (teil-)stationären psychiatrischen Kontexten zu. Es zählt nicht zu ihren Aufgaben explizit eine klare Nachricht zu vermitteln (wie es beispielsweise in Bezug auf Drogenaufklärung häufig genutzt wird); ebenso arbeiten sie zwar in Gruppen mit Patienten, häufig jedoch in Zusammenarbeit mit einem Pfleger oder einer Therapeutin (es handelt sich also nicht um reine Peer-Gruppen); auch Lobbying beschreibt Genesungsbegleitung in (teil-)stationären Kontexten nicht umfassend. Die Rolle von Genesungsbegleitern »auf Station[5]« (FN II; 02.05.2015), lässt sich in diesen vorgeschlagenen Kategorien nicht einordnen.

Sowohl die mögliche Rolle von Peer-Arbeit in (teil-)stationärer psychiatrischer Versorgung, als auch die konkreten Tätigkeiten bleiben in der aktuellen Forschungsliteratur häufig unklar (u.a. Mahlke et al. 2015a). Individuelle Beratung aber auch Gruppenleitung oder andere Tätigkeiten auf einer geschlossenen psychiatrischen Station können unter die Bezeichnung Peer-Arbeit fallen. In deutschsprachigen Beschreibungen finden sich für Peer-Arbeiterinnen in der psychiatrischen Gesundheitsversorgung heute Tätigkeiten wie Schulungen von Mitarbeitenden, Fallsupervisionen, Leitung von *Recovery-* und Freizeitgruppen (siehe Kapitel 2.2.1, 27), Patientenfürsprache in Organisationen, flankierende Peer-Beratung, Qualitätsmanagement und Organisationsentwicklung. Genesungsbegleitung findet in psychiatrischen Krankenhäusern, in der Integrierten Versorgung, im Betreuten Wohnen oder in Heimen statt (Utschakowski 2015, 12). Dagegen scheint ein gewisser Konsens darüber zu herrschen, was *nicht* zu Peer-Arbeit gehört, zum Beispiel pflegerische Aufgaben im engeren Sinne: Peer-Arbeiter messen in der Regel keinen Blutdruck und geben nur in Ausnahmefällen Medikamente. Es gibt zwar Bemühungen, der Aufgaben- und Rollenunklarheit durch Stellenbeschreibungen für Genesungsbegleiterinnen und Implementierungsanleitungen für die Praxis zu begegnen (Utschakowski 2015). Indessen wird

---

5 Dieser Terminus wurde während meiner Feldforschung häufig gebraucht, um Genesungsbegleitung in- und außerhalb von Klinikkontexten zu unterscheiden. Er erinnert auch an den Sprachgebrauch ›auf Arbeit‹.

auch in solchen konkretisierenden Beschreibungen regelmäßig die Notwendigkeit einer offenen und flexiblen Aufgabengestaltung für Peer-Arbeitende betont. Manche Autoren sehen in der Unbestimmtheit der Begriffsbestimmung sogar ein definitorisches Merkmal von Peer-Arbeit:

> Yet it remains unclear operationally what constitutes the support provided by peers. Defining the nature and meaning of peer support for mental health consumers is a challenging task, primarily because one of the defining features of peer support is the flexibility to suit people's needs and interests. (Rebeiro Gruhl, Lacarte und Calixte 2016, 78)

Das Tun der Peer-Arbeiterinnen realisiert sich sehr unterschiedlich – abhängig vom Team, von der generellen Ausrichtung des therapeutischen Umfelds, von den Modalitäten der Anstellung und anderen Faktoren und im Zusammenspiel zwischen Aufgabenfestsetzung und -offenheit. Für viele Genesungsbegleiter entsteht dadurch ein Spielraum, in dem sie sich ihre eigenen Arbeitsaufgaben selbst suchen und übernehmen – und das kann, wie Asad und Chreim bemerkten, sowohl als Grund für Schwierigkeiten als auch als Chance gewertet werden (Asad und Chreim 2016, 711). In einem der Gespräche, die ich führte, beschrieb eine Person, die im Rahmen ihrer Pflegedienstleitung mit Genesungsbegleiterinnen im stationären Bereich zusammenarbeitet, deren Tätigkeit folgendermaßen:

> Das sieht so aus: Sie kommt und schaut, was anliegt. Sie setzt sich zu den Patienten hin und der Patient, der sie braucht, der sucht sie. Der weiß, das ist die Genesungsbegleiterin und der sucht sie und dann schaut man, was macht man gemeinsam. Dann gibt es aber auch eine Situation, wo Genesungsbegleiter im Bezugssystem mit sind. […] Da hat der Genesungsbegleiter bestimmte Aufgaben dann, die er gemeinsam mit dem Patienten macht. (EI 11; 01.03.2017)

Hier wurde einerseits betont, dass Genesungsbegleiterinnen vordefinierte Aufgaben haben, andererseits scheinen die Patientinnen über die Aufgaben der Genesungsbegleiter zu entscheiden. Auch hier zeigt sich, dass ihre Tätigkeiten nicht nur vom Einsatzort (einem Krankenhaus gegenüber dem Betreuten Wohnen beispielsweise) sondern mehr noch von der jeweiligen Situation abhängen und es bisher keine einheitliche Tätigkeits- oder Berufsbeschreibung gibt. Auch innerhalb der einzelnen Versorgungskontexte bleibt teilweise unklar – wie bereits in der Einleitung erwähnt – was denn die Genesungsbegleiterinnen in ihrer Mitte *tun*. So antwortete mir eine auf einer allgemeinpsychiatrischen Station arbeitende Genesungsbegleiterin auf die Frage, ob es häufig vorkomme, dass anderes Personal Patientinnen an sie verweise: »Ja, die erhoffen sich irgendwas von mir obwohl sie gleichzeitig nicht wissen, was ich mache.« (FN II; 07.05.2015). Das bedeutet sicherlich nicht, dass diese Unklarheit auf jeden Kontext zutrifft. Dennoch fehlt bisher, so das Statement eines Gesprächspartners, insbesondere in der (teil-)stationären

Versorgung im deutschsprachigen Raum, eine Art »kollektives Wissen, wofür die Rollen stehen« (GI I; 16.01.2015).

Unabhängig von dieser insgesamt unklaren Aufgabenstellung an Peer-Arbeiter postulieren die meisten medizinisch-psychiatrischen Studien positive Effekte von Genesungsbegleitung. Von reduzierter Hospitalisierung (Repper und Carter 2011; Scott und Doughty 2012) über Re-Integration der Nutzer in den Arbeitsmarkt bis hin zur Verbesserung der Lebensqualität (u.a. Felton et al. 1995) werden viele stabilisierende Wirkungen in der psychiatrischen Gesundheitsversorgung auf die Mitarbeit von Peer-Arbeiter zurückgeführt.[6]

Auch wenn meist diffus bleibt, was unter der spezifischen Expertise von Genesungsbegleiterinnen verstanden wird und die Erwartungen an deren Funktionen dementsprechend unterschiedlich ausfallen, wirkt sich ihre Tätigkeit auf die psychiatrische Gesundheitsversorgung aus. Ihre Sonderstellung ermöglicht ihnen, Aufgaben zu übernehmen, die nicht von anderen Professionen abgedeckt werden können:

> Due to peer support providers´ unique client perspective, they are able to engage in recovery planning and assistance of clients in a way that other health care professionals would not be able to do. (Asad und Chreim 2016, 767)

Der zentrale Bezugspunkt, der bei aller begrifflichen Unschärfe den besonderen Wert von Genesungsbegleitung ausmacht, ist die *gemeinsame, gelebte Erfahrung*. Aber was bedeutet es genau, sich auf eine solche gemeinsame (Krisen-)Erfahrung zu beziehen – und wie wird daraus ein charakteristisches Merkmal für eine spezifische professionelle Expertise gemacht?

Peer-Arbeit: Anfänge und Entwicklungen

Gerade weil Peer-Arbeit so stark kontextuell geprägt ist, haben sich die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen immer schon erheblich auf deren alltägliche Umsetzung ausgewirkt.[7] Während Peer-Arbeit im angloamerikanischen Raum auf eine rund 30-jährige Geschichte als Teil institutionalisierter psychiatrischer Gesundheitsversorgung zurückblicken kann, erreichte das Berufsfeld Genesungs-

---

6 In der S3 Leitlinie Psychosoziale Therapien wird ausdrücklich der Einsatz von Genesungsbegleitern empfohlen (Falkai 2012). Leitlinien sollen Mitarbeiterinnen in der Gesundheitsversorgung bei Entscheidungen über therapeutische Maßnahmen helfen, wobei S 3 (die Unterscheidung reicht von S1-S3) dem höchsten Standard einer systematischen Recherche und Evaluation entspricht. Dennoch sind Leitlinien, im Gegensatz zu Richtlinien, nicht bindend.

7 Die Geschichte informeller Peer-Unterstützung reicht – der offenen Definition dieses Begriffs entsprechend – bis in die Zeit der ersten Asyle zurück (Beales und Wilson 2015). Im Zentrum meiner Dissertation steht jedoch die institutionalisierte und professionalisierte Peer-Arbeit in (teil-)stationärer Versorgung in Deutschland.

begleitung die deutsche psychiatrische Landschaft erst vor ungefähr zehn Jahren (Mahlke et al. 2014; Beales und Wilson 2015).

Doch zu einem fest etablierten Teil der institutionalisierten Gesundheitsversorgung ist Genesungsbegleitung damit in Deutschland noch lange nicht geworden (Utschakowski et al. 2009). Für den angloamerikanischen Raum machten die neuseeländischen Soziologinnen Anne Scott und Carolyn Doughty zwei Bewegungskontexte der 1970er-Jahre aus, in denen sich Peer-Arbeit entwickelt habe: die reformistische *Mutual-Aid-Bewegung* und die radikalere *Survivor-Bewegung*[8] (Scott und Doughty 2012, 155ff.). Während erstere lediglich die Umgestaltung des bestehenden psychiatrischen Gesundheitssystems anstrebte, hatte letztere einen – in Bezug auf das Gesundheitssystem – oppositionellen Charakter. In der *Survivor*-Bewegung wurden unter anderem psychiatrische Diagnosen hinterfragt und Peers dazu ermuntert, ihre Krisenerfahrungen zu teilen, um sie auf diese Weise zu normalisieren (ebd.). Jasna Russo, eine der prominentesten Vertreterinnen einer *Survivor*-Forschungsperspektive in Deutschland, formulierte:

> ›Service user‹ (Europe) or ›consumer‹ (Australia, New Zealand and USA), on the one hand, and ›survivor of psychiatry‹ on the other, are expressions of two different perspectives on psychiatry: the first one focuses on reforming the existing system, while the second puts the entire psychiatric system in question, including the very premise of mental illness. (Russo 2012, 3)

Auch im deutschsprachigen Raum macht sich die Polarität dieser Bewegungen und der verwendeten Begriffe (*Mutual Aid, Service User* oder *Consumer* auf der einen Seite, *Survivor* auf der anderen) bemerkbar – sowohl inhaltlich als auch durch die Verortung einzelner Personen. Bis heute gibt es Spannungen zwischen Selbsthilfe-Bewegungen, die Psychiatrie abschaffen wollen und sich in antipsychiatrischer Tradition[9] sehen (beispielsweise die ›Irrenoffensive‹) – und Versuchen, Genesungsbegleitung innerhalb der Psychiatrie zu institutionalisieren. Dabei ist Peer-Arbeit in Deutschland häufig eng verwoben mit einer sozialpsychiatrischen Ausrichtung, die sich nicht als »[…] vorrangig medizinisch definiert, sondern sich als Komplex gemeindeintegrierter, stationärer wie ambulanter, rehabilitativer wie psychiatrisch-therapeutischer Angebote versteht« (Klausner 2013, 5).

---

8 Der Psychiater Thomas Ihde-Scholl markiert den Beginn von Peer-Unterstützung dagegen in der gegenseitigen Hilfe von Menschen mit Diabetes (Ihde-Scholl 2014, 1).

9 Unter dem Label Antipsychiatrie werden mehrere politische und soziale Bewegungen zusammengefasst, die in Europa und den USA zwischen 1955 und 1975 entstanden sind und sich durch eine ablehnende Haltung gegenüber Psychiatrien (in unterschiedlichem Ausmaß) auszeichnen (Bopp 1989). Auch unter Psychiaterinnen stießen die Aktivistinnen auf Unterstützung; zu den Verfechtern zählen beispielsweise Ronald Laing (Laing 1969) und David Cooper in Großbritannien sowie Franco Basaglia in Italien (Bopp 1989).

Zwei in beiden Bewegungen genutzte, bedeutende im weiteren Sinne therapeutische Konzepte, die einerseits den Aufschwung von Genesungsbegleitung mitbefördern und andererseits inhaltliche Eckpfeiler dieses Ansatzes darstellen, sind *Recovery* und *Empowerment* (Scott und Doughty 2012).

Recovery und Empowerment

> Meiner Meinung nach sind Genesungsbegleiter überall dort einzusetzen, wo es um Kontaktgestaltung geht, und wo man versucht, Menschen, die psychische Krisen haben, ein extra Angebot zu machen, was neben Sozialarbeit, Pflege und Ergotherapie eben diese besondere Beziehungsgestaltung im Fokus hat. Und gleichzeitig gibt es eben auch einen besonderen Fokus bei der Arbeit von Genesungsbegleitern und -begleiterinnen. Dieser Fokus ist Selbstbestimmung und Selbstwirksamkeit, *Empowerment* und *Recovery*, und wenn ich an diesem Fokus arbeiten möchte, dann sind auch die Genesungsbegleiter die richtigen Figuren. Ich habe das Gefühl, die besondere Qualifikation ist eben diese Möglichkeit, Zugänge zu schaffen und Beziehungen zu gestalten, und diesen besonderen Fokus auf *Recovery* und *Empowerment*. Das können natürlich auch andere Leute, aber es gibt ja immer Überschneidungen in einem Team. Da ist es ja nie so, dass ich sage, ich bin nur für dieses Tortenstück zuständig und du für ein ganz anderes, sondern wir haben natürlich auch ähnliche Kompetenzen. Eine Ergotherapeutin kann etwas anderes als eine Sozialarbeiterin, aber dennoch arbeiten die ja auch sozusagen mit einer gleichen Ausrichtung; beide arbeiten auch mit Beziehungen. Also, da gibt es natürlich jetzt keine absolute Exklusivität für Genesungsbegleiter in alldem, was sie tun, aber es gibt sozusagen ein bestimmtes Vermögen oder ein bestimmtes Wissen und eine bestimmte Kompetenz, die herausragend ist, und das sind eben diese Punkte, die ich gerade nannte. (EI 12; 02.03.2017)

Dieser Gesprächspartner, ein langjähriger Akteur, der zu den Vorreitern der Genesungsbegleitung in Deutschland gehört, verwies im Gespräch mit den Begriffen *Recovery* und *Empowerment* auf eine besondere Art der Beziehungsgestaltung, die bei Genesungsbegleitung wirksam werde. Das Stichwort *Recovery* umfasst im Kontext psychiatrischer Versorgung verschiedene Verständnisse, »bei denen personenorientiert in der Behandlung Autonomie und Subjektivität der psychisch erkrankten Menschen betont und ein individualisierter Therapiefokus gefordert werden« (Winter, Radtke und Berger 2015, 40). In seiner klassischen Bedeutung beschreibt *Recovery* laut der Psychiaterin Michaela Amering, die den Ansatz im deutschsprachigen Raum maßgeblich bekannt gemacht hat, Genesung, Wiederherstellung und

Gesundung[10] (Amering 2011, 8). In der medizinisch-psychiatrischen Literatur wird grob zwischen klinischer *Recovery* und persönlicher oder rehabilitativer *Recovery* unterschieden (u.a. Amering 2011; Winter, Radtke und Berger 2015). In der klinischen *Recovery* steht das Nachlassen oder Verschwinden von Krankheitssymptomen im Zentrum, während die persönliche *Recovery* positives Selbsterleben (ungeachtet eventuell vorhandener Krankheitssymptome) betont. Bei persönlicher *Recovery* geht es also nicht darum, ohne Medikamente oder Symptome zu leben, sondern einen Weg zu (erneuter) gesellschaftlicher Teilhabe und mehr Lebensqualität zu gehen:

> Recovery does not refer to an end product or result. It does not mean that one is ›cured‹. In fact, recovery is marked by an ever-deepening acceptance of our limitations. (Deegan 1987, 13)

In Peer-Arbeit, besonders auch in Genesungsbegleitung, beziehen sich die Beteiligten häufig auf dieses *Recovery*-Konzept und seine eher auf Ressourcen als auf Defizite orientierte Sichtweise von Krisenerfahrungen.

Ein weiteres Stichwort, das im Eingangszitat gleichberechtigt mit *Recovery* genannt wurde, ebenfalls aus den angloamerikanischen Bewegungen stammt und die aktuelle Peer-Arbeit in Deutschland prägt, ist das Konzept von *Empowerment* (Selbstermächtigung, Anmerkung CS). Die beiden Konzepte sind eng miteinander verschränkt. Auch unter dem Label *Empowerment* lässt sich Disparates subsumieren: *Empowerment* kann Ziel, Mittel, Prozess und Ergebnis therapeutischen Arbeitens sein (Bröckling 2007, 184ff.). Der Begriff hat sich im Kontext US-amerikanischer Befreiungsbewegungen der 1950er- und 1960er-Jahre, etwa des *Black Power Movement*, herausgebildet – nicht jedoch im Kontext (anti-)psychiatrischer Bewegungen (Knuf 2009, 8). Das medizinanthropologische Duo Margaret Locke und Vinh-Kim Nguyen verfolgte die Geschichte von *Empowerment*-Techniken, wie beispielswiese dem Psychodrama, gar zurück bis zu Sigmund Freud (Lock und Nguyen 2010, 295). »Empowerment meint […] die Zurückgewinnung von Stärke und Einfluss betroffener Menschen auf ihr eigenes Leben und steht für eine Emanzipation der Betroffenen« – so lautet eine in Deutschland häufig rezipierte Definition von Andreas Knuf (Knuf 2009, 8). Gemein scheint allen aktuellen *Empowerment*-Konzepten im psychiatrischen Kontext die Kritik an einer bestehenden systemimmanenten Machtungleichheit zu sein; daraus entwickelt sich der Versuch, durch die Ermächtigung der Einzelnen – vor allem durch die Betonung ihrer individuellen Ressourcen – dieser Ungleichheit zu begegnen, wie Ulrich Bröckling ausführte (Bröckling 2003, 2007). Ob *Empowerment* in seiner Fokussierung auf das einzelne

10 Neben diesen Zielen therapeutischen Arbeitens kann *Recovery* jedoch auch als dessen bewertbares Ergebnis, zum Beispiel in Form des zu diesem Zweck aufgestellten *Recovery Index* (Winter, Radtke und Berger 2015) verstanden werden.

Subjekt nur das Empfinden von Machtlosigkeit schwächt, nicht aber die strukturelle Ungleichheit verändert, wird dabei heftig diskutiert (u.a. ebd.).

In den vergangenen 20 Jahren haben sich Peer-Arbeit – und mit ihr die genannten therapeutischen Konzepte – im englischsprachigen Raum aus der Selbsthilfe heraus in Richtung Mainstream der Psychiatrie bewegt. Mittlerweile werden sie dort häufig aus dem öffentlichen Sektor finanziert (Scott und Doughty 2012; Baillergeau und Duyvendak 2016). Peer-Arbeit hat sich im psychiatrischen Gesundheitssektor der USA und Großbritannien – nicht flächendeckend, aber punktuell – stark durchgesetzt (u.a. Ihde-Scholl 2014). In Europa sind Großbritannien und die Niederlande Vorreiter in Bezug auf die Einbeziehung von Peers in den Gesundheitssektor (Utschakowski et al. 2009). In Deutschland setzte dieser Prozess später ein. Vor etwa 10 Jahren begann sich Peer Support allmählich in die psychiatrische Versorgungslandschaft hineinzubewegen. Zwei Initiativen trugen maßgeblich dazu bei: Zum einen das bereits erwähnte EU-Pilotprojekt *EX-IN* (u.a. von Trotha und Dick 2003), zum anderen die sogenannte *Trialog*-Bewegung (Utschakowski et al. 2009, 85; Mahlke et al. 2014).

Trialog

> Für uns ist Trialog das partizipative Denken und Handeln der drei Hauptgruppen im (sozial-)psychiatrischen Entwicklungsprozess, die im Idealfall gleichberechtigte Partnerinnen und Partner sind. Dies sind die Psychiatrie Erfahrenen […], die Angehörigen psychisch kranker Menschen und die professionellen MitarbeiterInnen in sozialpsychiatrischen Handlungsfeldern. (Bombosch 2004, 14)

Der Begriff *Trialog* bezieht sich also – in Überschreitung der Bezeichnungen Monolog und Dialog – vor allem auf eine Zusammenarbeit der drei unterschiedenen Kerngruppen im Kontext psychiatrischer Versorgung. Konkret können verschiedene Formate trialogisch gestaltet werden, zum Beispiel Fokusgruppen, Gremien usw. Die bekannteste Form *trialogischer* Sozialpsychiatrie sind die sogenannten *Psychoseseminare*, die sich als *trialogische* Gesprächsrunden mit dem Ziel einer gleichberechtigten Verständigung über Psychosen mittlerweile in vielen Städten etabliert haben (Bombosch 2004, 16). Dorothea Buck, eine der Vorreiterinnen im Kampf um die Rechte von Psychiatrie-Erfahrenen (und selbst Opfer der NS-Psychiatrie), gründete gemeinsam mit dem Psychiater Thomas Bock 1989 in Hamburg das erste Psychoseseminar (vgl. Bock et al. 2017). Ihre Namen stehen

wie keine anderen für die *trialogische* Idee und Praxis (Bombosch 2004, 13).[11] Heute gibt es mehr als 100 Psychoseseminare in Deutschland (EI 12; 02.03.2017).

> Der Trialog soll dazu beitragen, die einseitige Definitions- und Deutungsmacht professioneller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Psychiatrie (sowie in allen mit der Psychiatrie zusammenhängenden Gremien) deutlich zu hinterfragen und in eine demokratische Handlungskultur zu überführen, in der alle Beteiligten bereit sind, einen Perspektivwechsel vorzunehmen und einen offenen Diskurs zu führen. (Bombosch 2004, 15)

Trialog proklamiert also die Idee, dass Mitarbeiter des *psy-complex* (Rose 1985) von Psychiatrie-Erfahrenen und deren Angehörigen lernen (ebd.). Der Ansatz möchte »Empowerment fördern, nicht den hierarchischen Austausch von Informationen« (Bock 2004, 32) sowie Klientinnen, Erfahrene und *Survivors* an der Definition und Deutung psychischer Krisen gleichberechtigt beteiligen und zu Experten in eigener Sache machen.

Experienced Involvement (EX-IN)

Ein weiterer Grundpfeiler für die Konjunktur von Genesungsbegleitung in Deutschland ist das *EX-IN*-Projekt. *EX-IN* steht für *Experienced Involvement* und bezeichnet ein Projekt, dessen Ziel die Qualifizierung von Psychiatrie-Erfahrenen zu Dozentinnen oder Mitarbeitern in psychiatrischen Diensten ist (Utschakowski 2014). Im Rahmen eines von der Europäischen Union geförderten Projekts (die Mittel stammen aus dem Berufsbildungsprogramm *Leonardo da Vinci*) wurde zwischen 2005 und 2007 sowohl die Bezeichnung Genesungsbegleitung geprägt als auch ein Curriculum für die Weiterbildung zum Genesungsbegleiter erarbeitet. Die Bremer Initiative zur Rehabilitation e. V. mit ihrem Fortbildungsträger F.O.K.U.S. übernahm dabei die Antragstellung (Utschakowski et al. 2009, 85). Psychiatrie-Erfahrene, psychiatrische Fachkräfte und Ausbilder aus sechs europäischen Ländern (Norwegen, Schweden, Niederlande, Großbritannien, Slowenien und Deutschland) arbeiteten zusammen, um eine »spezifische Ausbildung zu entwickeln, die auf dem Erfahrungswissen der TeilnehmerInnen basiert(e).« (Experienced Involvement n. d.) Teilnehmen an dieser können alle Menschen, die eine schwere psychische Krise durchlebt haben und aktuell krisenfrei sind – diese offene Formulierung wird meist als Erfahrung mit stationären und teilstationären Aufenthalten interpretiert (Utschakowski 2014, 48).

---

11 Dies ist zumindest die gängige Rezeption. Klaus Dörner beansprucht für sich ebenso, dass er den Kunstbegriff Trialog zeitgleich geprägt habe und sich in Gütersloh eine ähnliche Tradition – die der Gütersloher Fortbildungswoche – trialogisch entfaltet habe. (Dörner 2006, 318)

Das einjährige, kostenpflichtige Curriculum zur *EX-IN*-Weiterbildung umfasst insgesamt 260 bis 300 Unterrichtsstunden und Praktika. Die fünf Basismodule der aktuellen Ausbildung heißen: 1. Gesundheit und Wohlbefinden, 2. Empowerment, 3. Erfahrung und Teilhabe, 4. Recovery, 5. Trialog (EX-IN 2016). In der *EX-IN*-Weiterbildung werden also alle oben ausgeführten Konzepte – *Recovery*, *Empowerment* sowie die *Trialog*-Idee – explizit thematisiert. In den Aufbaumodulen werden weiterführende methodische und theoretische Themen sowie Anwendungsaspekte vermittelt. Diese weiteren sechs Module heißen: 6. Unabhängige Fürsprecher in der Psychiatrie, 7. Selbsterforschung, 8. Assessment, 9. Begleiten und Unterstützen, 10. Krisenintervention, 11. Lernen und Lehren (Utschakowski et al. 2009, 88). Die Module werden jeweils im Tandem von psychiatrieerfahrenen *EX-IN*-Trainerinnen und andere Personen, die in der psychiatrischen Versorgung arbeiten (wie Sozialpädagogen, Ärzten, Pflegern), die ebenso ein *EX-IN*-Trainer-Programm absolviert haben, gelehrt.

Für Jörg Utschakowksi, einen der Initiatoren auf deutscher Seite, war das »unzureichende Bauchgefühl«, auf das sich Peer-Arbeit ohne Ausbildung häufig beziehe, einer der ausschlaggebenden Gründe, das internationale Projekt *EX-IN* ins Leben zu rufen.

> Bei den GenesungsbegleiterInnen geht es […] um die Nutzung von Erfahrung mit Krisen und deren Bewältigung. Hierbei besteht allerdings die Gefahr, nur auf die eigenen Erfahrungen zurückzugreifen, nach dem Motto: »Was mir geholfen hat, wird auch für andere gut sein.« (Utschakowski 2014, 47)

Stattdessen sollte das Projekt »eine Ausbildung für Experten durch Erfahrung […] entwickeln, die eine Grundlage zur offiziellen Anerkennung bietet.« (Utschakowski et al. 2009, 85.) Die Subjektivität von (Krisen-)Erfahrung ist zwar Grundlage der *EX-IN*-Weiterbildung, wird aber auch problematisiert: Eines der erklärten Ziele des *EX-IN* Projekts besteht darin, Wissen, das über subjektive Erlebnisse hinausgeht, zu generieren. Zugleich werden Individualität und Subjektivität als grundlegende Ressource verstanden, wie es nach wie vor im Curriculum zu lesen ist:

> Um zu verhindern, lediglich traditionelles Wissen und bekannte Erklärungen zu reproduzieren, hat das Projekt die eindeutige Aufgabe, eine Ausbildung zu entwickeln, die auf individuellen Erfahrungen aufbaut. (EX-IN 2016, 3)

Nach dem Pilotprojekt entwickelte sich *EX-IN* weiter; mittlerweile ist es als erfolgreiches Modell anerkannt und wurde auch in anderen Ländern übernommen (Wilkesmann 2009, 23). Zurzeit gibt es laut Jörg Utschakowski in Deutschland etwa 1000 Absolventinnen des *EX-IN*-Programms und die Kurse werden an mehr als 20 Standorten im jährlichen Turnus angeboten. Mancherorts sind die Wartelisten für einen Weiterbildungsplatz lang, darunter auch in Berlin. Dieser Erfolg wird nicht nur positiv wahrgenommen: In einigen Interviews wurde betont, dass die

Qualität der zertifizierten Weiterbildung sich an verschiedenen Standorten sehr unterschiedlich gestalte. So bemerkte ein Genesungsbegleiter im Gespräch:

> Und was ich vermisse, ist im Moment noch die stärkere Standardisierung oder auch Ausschlusskriterien oder Einschlusskriterien für Bewerber für die Genesungsbegleiter-Ausbildung. Weil natürlich die Leute – wir hatten da auch so Kandidaten, also die sich selbst immer maßlos überschätzen, die dann Kompetenzen überschreiten, die ihre Krankheit vielleicht auch nicht im Griff haben, die nicht stabil sind. Das können die Leute natürlich nicht in dem Sinn beeinflussen. Das machen die ja nicht extra, aber wenn die dann gerade eine Stelle antreten und das läuft schlecht, das wirft dann immer direkt ein schlechtes Licht auf die gesamte Bewegung von *EX-IN*. Und es ist natürlich auch schwer, dann zu sagen: So, ich habe jetzt als Ausbilder die Macht, ich suche die Leute aus und selektiere, wer darf da mitmachen, wer nicht und andere fühlen sich dann vielleicht ungerecht behandelt. (EI 9; 22.02.2017)

In Aussagen wie diesen zeigt sich, dass der semiprofessionelle Status, den *EX-IN* gewollt einnimmt – Utschakowski beschrieb die Entscheidung gegen Ausschlusskriterien als eine bewusste Strategie –, auch nichtintendierte Nebenfolgen mit sich bringt. Das Programm ist keine Therapie, auch wenn vom therapeutischen Effekt der *EX-IN*-Weiterbildung viel gesprochen wird. Es ist eine Weiterbildung, aber keine Ausbildung mit den üblichen Zugangs- und Qualifikationsbeschränkungen (und -sicherungen): Zwar unterliegen die Bewerber bei großem Andrang einem Auswahlprozess, aber in Bezug auf Qualität und Inhalt der Weiterbildung scheinen die Unterschiede deutschlandweit groß zu sein.

Im Kontext der *EX-IN*-Weiterbildung wird der Begriff *Wir-Wissen* verwendet, um die spezifische, auf Erfahrung psychischer Krisen basierende Expertise der Genesungsbegleiterinnen zu beschreiben. Für Jörg Utschakowksi ist die Basis dieses Wissens reflektierte Erfahrung und Handlungswissen (vgl. Utschakowski et al. 2009, 84). Der niederländische Psychologe Harrie van Haaster, der das Pilotprojekt *EX-IN* mitentworfen hat, definierte *Wir-Wissen* als »Sachverstand, der durch die Bewältigung von Erfahrungen erlangt wird« (van Haaster 2012, 51). Im Rahmen der *EX-IN*-Weiterbildung soll dieser Sachverstand durch eine dreistufige Methodik in Textarbeit und Diskussion erarbeitet werden. Aus individuellem »Ich-Wissen« (ebd.) entstehe zunächst dialogisches »Du-Wissen« (ebd.), das dann in einem erfahrungsbasierten Fachwissen, dem »Wir-Wissen« (ebd.) münde – das beispielsweise in Gruppenarbeit vertieft und auf Flipcharts visualisiert und schriftlich fixiert werden könne (weitere Ausführungen hierzu siehe Kapitel 5.2, S. 153). Ich stehe diesem Ansatz etwas distanziert gegenüber, da diese Variante der Extrapolation von subjektivem *Ich-Wissen* zu kollektivem – und vermeintlich objektiverem – *Wir-Wissen* meiner Ansicht nach auch eine Hierarchie zwischen subjektivem und objektivem Wissen reproduziert.

In Interviews wurde mir bei dieser Kritik immer wieder entgegengehalten, dass es bei dem Ansatz um eine Erweiterung der einzelnen subjektiven Erfahrung durch einen kollektiven Erfahrungsraum gehe – die einzelnen, subjektiven Erfahrungen würden durch diese Methodik nicht gegeneinander ausgespielt und es gehe auch nicht darum, individuelles Wissens von vermeintlichen Irrtümern zu bereinigen (EI 12; 02.03.2017 und EI 7; 09.02. 2017).

Ungeachtet dieses Disputs über die epistemologischen Annahmen hinter dem Konzept des *Wir-Wissens* ist diese Fassung von Erfahrungsexpertise für die Analyse meines empirischen Materials nicht fruchtbar. Erstens ist es nicht mein Ziel, ein programmatisches Ideal von Erfahrungsexpertise zu etablieren, sondern deren Wirkweise im (teil-)stationären Alltag zu untersuchen. Das Konzept des *Wir-Wissens* dient meiner Ansicht nach insbesondere dazu, das Erlernen einer spezifischen Expertise in der *EX-IN*-Weiterbildung zu ermöglichen und diese als Ergebnis der Weiterbildung zu positionieren – zur Analyse der alltäglichen Hervorbringung einer solchen Expertise im Rahmen materiell-semiotischer Praktiken scheint es mir weniger geeignet. Zweitens ändert auch das Postulat eines *Wir-Wissens* nichts daran, dass der Träger von Erfahrungsexpertise in dieser Fassung immer eine individuelle Person ist – und es ist auch mein Anliegen diesen individuellen Wissensträger zu dezentrieren.

Genesungsbegleitung: »Eine brotlose Kunst?«

Ungefähr die Hälfte der *EX-IN* Absolventinnen steht nach der Weiterbildung in einem Beschäftigungsverhältnis. Die Spannbreite reicht vom Minijob bis zur sozialversicherungspflichtigen Vollzeitstelle, die allerdings die Ausnahme bleibt. Die Tatsache, dass sich 50 % der Absolventen in einem Beschäftigungsverhältnis befinden, darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass die große Mehrheit der Personen, die als Genesungsbegleiterinnen in Deutschland arbeiten, nicht davon leben kann (Aly 2013) – es also »eine brotlose Kunst« (EI 13; 07.08.2017) sei, wie von einem Gesprächspartner bemerkt wurde. Teilweise, weil sie nicht so viel arbeiten wollen oder können; häufig aber auch, weil eine Anstellung oder freiberufliche Tätigkeit mit Rentenansprüchen in Konflikt gerät und sich die Arbeit finanziell nicht auszahlt, wenn diese aufgegeben werden müssten, um einen schlecht bezahlten Job als Genesungsbegleiter anzunehmen.

Die Vergütung und Finanzierung von Genesungsbegleitung ist ein kontroverses Thema. Die beiden Kliniken, in denen ich meine Feldforschung durchführte, waren in dieser Hinsicht Ausnahmefälle: Die Bezahlung der Genesungsbegleiterinnen war überdurchschnittlich hoch, die Genesungsbegleiterinnen konnten sich tatsächlich hauptsächlich über diese Jobs finanzieren – und in keiner der beiden Kliniken hatten sie eine *EX-IN*- Weiterbildung absolviert. In Gesprächen außerhalb dieser Kontexte klang dennoch häufig Frustration über die ökonomischen Bedin-

gungen der Tätigkeit an. Unter anderem in folgendem Gespräch mit einem Genesungsbegleiter:

> GB: Ich finde es immer noch toll, dass das von gewissen Kräften weiter vorangetrieben wird, dass da Menschen bemüht sind, eine ernstzunehmende Berufsausbildung daraus zu machen, und ich glaube auch, diese EX-IN-Kurse geben den Teilnehmern unglaublich viel. Auch wenn sie später gar nicht mehr im Bereich arbeiten, einfach diese Auseinandersetzung mit sich selbst und mit anderen und wieder so ein neues Selbstbewusstsein zu kriegen in dieser Hinsicht, dass man diese negative – oder meist negative – Psychiatrie-Erfahrung auch nochmal irgendwo verarbeitet. Aber die Arbeitsmarktsituation sehe ich sehr kritisch.
> CS: Was fehlt, dass das anders wird?
> GB: Naja, die Argumentationen für eine niedrige Bezahlung sind ja unterschiedlich von Träger zu Träger, oft geht das so in die Richtung: da es kein anerkannter Beruf ist, können wir es nicht nach Tarif einsortieren. (EI 13; 07.08.2017)

Genesungsbegleiter werden also in der Regel schlecht bezahlt. Das führt in Zeiten begrenzter Budgets natürlich auch zu Konkurrenz gegenüber anderen Berufsgruppen und so werden sie teilweise als ›billige Alternativen‹ gehandelt (Heijden 2011) auch wenn *EX-IN* Vertreterinnen sich als Ergänzung, nicht als Alternative zu anderen Professionen im stationären Geschehen verstehen. Nicht wenige Genesungsbegleiter machen eine zusätzliche Ausbildung als Sozialarbeiterin oder Ähnliches, um dann womöglich die *EX-IN*-Ausbildung nicht mehr im Lebenslauf angeben zu müssen:

> Und jetzt überlege ich: Soll ich das angeben in der Bewerbung oder nicht, *EX-IN* und Sozialarbeit, kann man ja auch als Doppelqualifikation sehen, und wir haben da so ein bisschen hin und her überlegt, wie man das am geschicktesten machen kann. Sie [eine Berufsberaterin, C.S.] hat mir im Prinzip eigentlich dazu geraten, dass ich es lieber erstmal weglasse. (EI 13; 07.08.2017)

Im Kampf um einen Arbeitsplatz scheint die Position als Genesungsbegleiterin in Deutschland, ob mit oder ohne *EX-IN*-Weiterbildung, sich noch immer hauptsächlich unter prekären Bedingungen abzuspielen. Einige Akteure versuchen allerdings durchzusetzen, dass Genesungsbegleitung in die sogenannte *Psych-PV* – die Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie (Psychiatrie-Personalverordnung) – aufgenommen wird. Anhand dieser Verordnung wird die Personalbemessung – und damit auch das Budget – für jede Berufsgruppe (je Patient und Woche in Minutenwerten) ermittelt (Psychiatrie-Personalverordnung – Psych-PV 1990). Aktuell werden Genesungsbegleiterinnen in der *Psych-PV* noch nicht als Berufsgruppe geführt. Bisher speist sich ihre Vergütung oft aus dem Budget einer oder mehrerer anderer Berufsgruppen – zum

Beispiel dem Pflegebudget.[12] Diese Gesetzeslage führt unter anderem zu Abwägungsprozessen, wie sie ein Klinikleiter im Gespräch mit mir äußerte. Er leitet eine Klinik, in der keine Genesungsbegleiter angestellt sind. Auf die Frage, ob er erwäge, welche einzustellen, antwortete er:

> Ich glaube, es gibt Gründe, das zu erwägen, aber ich bezweifle, dass ich aufgrund der enormen und ungenügenden Praxis, die wir in vielen Bereichen des Profigeschäfts haben – dass wir also ohnehin nicht das tun, was wir den Patientinnen und Patienten schulden – aufgrund dessen würde ich derzeit eher nicht dafür plädieren.
> Also ich sehe nicht das Momentum für Veränderung.
> Wenn ich jetzt sage, koste es, was es wolle, in Bezug auf den Ressourceneinsatz – ich will, dass hier sieben Peerbegleiter arbeiten. Aber wenn es mir finanziell nicht ›on top‹ gegeben wird, würde ich es hinter unserer nicht genügenden Praxis aus einer professionellen Perspektive ansiedeln. Das heißt: genügend Gesprächszeit, genügend differenzierte Therapieangebote, genügend Einzelgespräch, genügend therapeutisches Angebot sicherzustellen hat noch ein höheres Aufforderungsgewicht für mich – also wenn ich es so gegeneinander stelle. (EI 5; 24.01.2017)

Dass Genesungsbegleitung in gesetzlichen Verordnungen zu stationärer psychiatrischer Versorgung bisher nicht vorkommt, kann also sowohl zu geringer Bezahlung von Genesungsbegleiterinnen führen als auch zu Konkurrenz mit anderen Berufsgruppen.[13] Ungeachtet dieser widrigen ökonomischen Bedingungen scheint der Beruf der Genesungsbegleiterin sich immer stärker zu etablieren – die geringe Entlohnung trägt vermutlich teilweise sogar dazu bei, indem sie das Berufsbild für manche Akteurinnen im Gesundheitsbereich attraktiv erscheinen lässt.

Recovery und *Empowerment*, die *Trialog*-Idee und die *EX-IN*-Weiterbildung bilden einen fruchtbaren Boden für die spezifische Erfahrungsexpertise von Genesungsbegleitern. Auch wenn sich diese vier Aspekte stark voneinander unterscheiden – von im weitesten Sinne therapeutischen Konzepten (*Recovery & Empowerment*) über Formate therapeutischen Arbeitens (*Trialog*) zur Weiterqualifizierung für therapeutisches Arbeiten (*EX-IN*) – steht jedes von ihnen für Personen- und Prozessorientierung im therapeutischen Arbeiten und für die Loslösung von defizitären Perspek-

---

12 In den wenigen Modellkliniken in denen das sogenannte Regionalbudget nach Paragraf 64b SGB V umgesetzt wird – also eine neue Form des Entgeltsystems, in dem die Entkoppelung der Finanzierung von Einzelleistungen und einem pro/Kopf Budget hin zu einem regional gebundenen Finanzierungsmodell stattfindet –, verlaufen die Finanzierungsformen sehr divers und nicht unbedingt in dieser Form (Deister und Wilms 2014).

13 Gerade in Krankenhäusern kann sich die traditionelle administrative Dreiteilung in die Bereiche ärztliche Direktion, Verwaltungsdirektion und Pflegedirektion (Wilkesmann 2009, 21) auf diese ökonomische Situation auswirken.

tiven auf psychische Krisenerfahrungen. Sie alle beziehen sich auf eine persönliche, subjektive Erfahrung (in der Psychiatrie oder als Angehörige), die sie nicht nur als Ressource rahmen, sondern darüber hinaus zum Fundament einer spezifischen Expertise erklären. Deren Anerkennung ist das Ziel, das sie auf verschiedenen Wegen erreichen wollen. Dabei entsteht eine vielschichtige Gemengelage von Ansätzen und Hintergrundfolien für eine Auseinandersetzung mit der spezifischen Erfahrungsexpertise von Genesungsbegleiterinnen. Und mit diesen einführend erläuterten begrifflichen Konzepten – *Empowerment, Recovery, Trialog, EX-IN* – bewegen wir uns bereits innerhalb eines medizinisch-psychiatrischen Fachdiskurses.

Spezialdiskurs Peer-Arbeit

Peer-Arbeit als neues berufliches Arbeitsfeld in Deutschland (und andernorts) ist seit etwa zehn Jahren ein florierendes Thema in der medizinisch-psychiatrischen Fachliteratur, was auch am Erscheinen verschiedener Reviews deutlich wird (u.a. Miyamoto und Sono 2012; Mahlke et al. 2014; Davidson 2015). Innerhalb dieses medizinisch-psychiatrischen Wissenschaftsdiskurses schlagen sich verschiedene fachliche Hintergründe und Methoden nieder. Zwei Besonderheiten in der Debatte um Peer-Arbeit und Genesungsbegleitung, die in Bezug auf meine Fragestellung wichtig sind, treten bei eingehender Betrachtung hervor. Erstens ist die Debatte vor allem im deutschsprachigen Raum stark geprägt von einem direkten Anwendungsfokus und zweitens steht die Partizipation von Erfahrungsexperten im Forschungsprozess besonders im Mittelpunkt und ist, häufig auch implizit, ein zentraler Konfliktpunkt. Im Spannungsfeld dieser beiden Besonderheiten – Anwendungsorientierung und Partizipation – entsteht meiner Ansicht nach die bereits angedeutete inhaltliche, methodologische und methodische Leerstelle in Bezug auf epistemische Fragestellungen rund um die spezifische Erfahrungsexpertise von Genesungsbegleiterinnen.

Anwendungsorientierte Studien und Forschungen

Wenn ich vom Anwendungsfokus der Forschungen zu Genesungsbegleitung spreche, beziehe ich mich zunächst auf ein thematisches Spektrum: Ein Großteil der Artikel und Aufsätze aus der psychiatrisch-psychologischen Literatur nimmt die therapeutische Wirksamkeit von Peer-Arbeit in den Blick – sowohl innerhalb Deutschlands als auch in anderen Ländern (Dixon, Krauss und Lehman 1994; Felton et al. 1995; Davidson et al. 1999; Bock et al. 2013; Fisher et al. 2015; Mahlke et al. 2015a; Wrobleski et al. 2015; Cronise et al. 2016; Heumann et al. 2016a; Salzer et al. 2016). Dazu gehört beispielsweise die bereits erwähnte Reduzierung von Hospitalisierungen, also eine verkürzte Dauer der stationären Behandlung (u.a. Crane 2016; Repper und Carter 2011; Scott und Doughty 2012). Weitere Forschungen

versuchen, Peer-Arbeit im psychiatrischen institutionellen wie außerinstitutionellen Kontext zu definieren, um damit Missverständnissen zu begegnen, die in der praktischen Arbeit entstehen (Mead, Hilton und Curtis 2001; Davidson 2015; Fisher et al. 2015; Mahlke et al. 2015b; Wrobleski et al. 2015; Heumann et al. 2016b; Salzer et al. 2016). Eine zunehmende Anzahl von Untersuchungen nimmt die Implementierung von Genesungsbegleitern in den Blick und liefert teilweise entsprechende Handlungsanleitungen (Kemp und Henderson 2012; Acosta et al. 2013; Aly 2013; Gillard et al. 2013; Elias und Upton-Davis 2015; Utschakowski 2015). Unabhängig davon, ob in diesen Studien, die sich auf die direkte Anwendbarkeit der Ergebnisse im klinischen und komplementären Versorgungsalltag richten, eine Definition von Peer-Arbeit vorliegt oder nicht, geht keine genauer darauf ein, wie die gemeinsame *gelebte Erfahrung*, auf die immer wieder Bezug genommen wird, alltagspraktisch hergestellt wird. Soweit ich die Diskussion überblicke, werden Fragen nach dem epistemischen und ontologischen Status der Erfahrungsexpertise von Genesungsbegleiterinnen – also danach, wie wir wissen, was wir über diese spezifische Erfahrungsexpertise wissen und welches Wissen daraus folgt – in Auseinandersetzungen und Studien mit Anwendungsfokus nicht explizit formuliert. Zugleich wird meist ein jeweils bestimmter ontologischer Status der Erfahrungsexpertise – beispielsweise ob sie als Akt, Prozess oder Einheit zu verstehen ist – zwar zugrunde gelegt, aber lediglich ansatzweise erwähnt.

Anwendungsorientierte Studien stützen sich meist auf *Mixed-Method*-Ansätze oder interpretieren qualitative (teilstrukturierte) Interviews zum Thema (Hegedüs, Seidel und Steinauer 2016). Einige wenige machen über Interviews hinaus weitere Anleihen an ein qualitatives Methodenspektrum, zum Beispiel durch »Ethnonursing«[14]-Methoden (Coatsworth-Puspoky, Forchuk und Ward-Griffin 2006). Empirische ethnografische Forschung inklusive Teilnehmender Beobachtungen zu Genesungsbegleitung in Deutschland gibt es meines Wissens zurzeit (Mai 2019) nicht.[15]

Die Mehrheit der Studien mit *Mixed-Method*-Ansätzen und Anwendungsfokus gehen von einer quantitativ orientierten Methodologie aus, die qualitative Interviews oder andere qualitative Methoden vorrangig als explorative Ergänzung und weniger als eigenständiges Methodenparadigma begreift. Im Kontext sogenannter *hospital ethnographies* verstehe man quantitative Methoden als objektiver und

---

14 »Nurse anthropologist, Madeleine Leininger, developed the culture care theory and ethnonursing research method to help researchers study transcultural human care phenomena and discover the knowledge nurses need to provide care in an increasingly multicultural world.« (McFarland et al. 2012, 259)

15 Das Bochumer Forschungsprojekt am Institut für Medizinethik »Einsatz von ausgebildeten Genesungsbegleitern in psychiatrischen Akutkrankenhäusern – Implementierung und klinisch-ethische Evaluation« plante eine Teilnehmende Beobachtung, konnte sie dann jedoch nicht verwirklichen.

verlässlicher und halte qualitative Daten für ergänzungsbedürftig durch quantitative Elemente, schrieb die Medizinanthropologin Lisa Dikomitis (2016, 91). Für den Zweck und die Fragestellungen dieser anwendungsorientierten Arbeiten ist dieses Paradigma sicherlich meist sinnvoll und zielführend. Allerdings entziehen sich auf diese Weise die theoretischen Annahmen hinter den Fragestellungen und analytischen Kategorien häufig der Sichtbarkeit. Auch können damit bestimmte qualitative Merkmale schwer erfasst werden. Während es bei der Reduzierung von Hospitalisierung (u.a. Lloyd-Evans et al. 2014) durchaus naheliegt, sie zu quantifizieren, sind sogenannte psychosoziale Zielgrößen wie »Hoffnung«, »Rollenvorbild« oder »Augenhöhe« sehr schwierig zu erfassen, wie auch die Psychologin Candelaria Mahlke und ihre Mitautorinnen kritisierten (Mahlke et al. 2015b). Während sie dafür plädierten, auch jene psychosozialen Zielgrößen mit in die Betrachtung einfließen zu lassen, besteht mein Anliegen darin, darüber hinaus zu fragen, wie – um in diesem Beispiel zu bleiben – Hoffnung als Erfahrungsexpertise in Praktiken hervorgebracht wird und welche Bedeutungen ihr im Alltag zugeschrieben werden. Die alltägliche Ko-(Konstruktion) von Erfahrung als Expertise zu betrachten, halte ich für einen wesentlichen Beitrag, den eine kulturanthropologische Perspektive leisten kann. Sie vermag es zwar meiner Ansicht nach *nicht*, die Erfahrungen der Genesungsbegleiter an sich zu untersuchen. Allerdings kann eine kulturanthropologische, praxistheoretische Perspektive den Eigensinn und die Wirkmacht dieser spezifischen Erfahrungsexpertise herausarbeiten und dadurch dazu beitragen, dass sie weder als fraglos hingenommenes Eignungskriterium für Genesungsbegleitung gebraucht wird noch umgekehrt einfach in den Bereich des vermeintlich Unwissenschaftlichen abgeschoben wird.

Rekonstruktive Verfahren, für die unter anderem Aglaja Przyborski und Monika Wohlraab-Sahr eintreten, setzen hier an (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2013). Die Autorinnen verwiesen auf die Eigenheit aller qualitativen Verfahren (sofern sie nicht nur als Ergänzung quantitativer Fragestellungen fungieren), ein per se rekonstruktives Verhältnis zu ihrem Forschungsgegenstand zu haben. Dieses Verhältnis markiere wissenschaftliche Begriffsbildungen immer als sekundäre Konstruktionen, die auf schon vorhandene alltägliche Konstruktionen der Akteurinnen folgen (ebd., 12). Rekonstruktive Verfahren widmeten sich diesen alltäglichen sozialen Konstruktionen erster Ordnung – also dem, was häufig als *common sense* bezeichnet wird – in einem Versuch des Fremdverstehens. Und kaum ein Argument scheint mehr *common sense* zu sein, als der Verweis auf eine persönlich durchlebte Erfahrung. Mithilfe rekonstruktiver Verfahren diesen genauer zu betrachten und so dessen Indexikalität[16] und die Praktiken der Hervorbringung von

16 »Um indexikalische Ausdrücke beschreiben zu können, machen wir bei den Ausführungen der Logiker und Linguisten Anleihen. Edmund Husserl sprach von Ausdrücken, deren Sinn von einem Hörer nicht erschlossen werden kann, ohne daß er nicht auch etwas weiß oder

Erfahrungsexpertise in (teil-)stationären psychiatrischen Alltagen zu betrachten, ist Grund und Ziel meiner qualitativ-ethnografischen Betrachtung des Themas.[17]

Partizipative Forschung

Die zweite Besonderheit der wissenschaftlichen Debatte dreht sich um den partizipativen Einbezug von Erfahrungsexperten bzw. Peer-Arbeitern in die einzelnen Studien, der unter anderem mit dem Entstehungskontext von Peer-Unterstützung in Betroffenenbewegungen zusammenhängt. Die Bandbreite reicht hier von klassischen, nicht partizipativen Forschungen, die weiterhin in der Überzahl sind, über die *Service-User-* oder *Consumer*-Perspektiven bis hin zu *Survivor Research* als von Betroffenen kontrollierter Form der Forschung. An diesem Ende des Spektrums kämpft die Berliner Betroffenenaktivistin und *Survivor*-Forscherin Jasna Russo dafür, dass Forschung über Psychiatrieerfahrung maßgeblich betroffenenkontrolliert sein sollte:

> »Survivor-Controlled research« in mental health (»survivor research«) which should be distinguished from service-user involvement in research, describes research projects designed and conducted by people with lived experience of madness and distress. (Russo 2017a, 216)

Es geht also darum, dass Personen mit gelebter Krisenerfahrung – im Sinne eines Durchlebens einer Erfahrung, wie es Jeannette Pols und Martje Hoogsteyns ausführen (Pols und Hoogsteyns 2016) – Forschungen zum Thema Psychiatrie durchführen. Russo versteht unter dem Terminus *Survivor Researcher* Forscherinnen, die sich offen auf ihre eigene, persönliche Erfahrung mit psychiatrischen Diagnosen und Behandlungen in ihrer wissenschaftlichen Arbeit beziehen. Der Terminus *Survivor* (= Überlebende, Übersetzung CS) macht deutlich, dass innerhalb dieser Bewegung davon ausgegangen wird, dass Psychiatrie etwas Bedrohliches ist, dass es zu überleben gilt. Dass viele andere Betroffene, die auch offen mit ihrer Diagnose und Behandlung umgehen, diese radikale Idee nicht teilen, explizierte auch Russo:

> Although I use these terms in reference to people with psychiatric diagnoses throughout this text, I am aware that many do not identify with them and are not part of that movement. (2017 b, 216)

Die Integration von Psychiatrie-Erfahrenen in eine Forschung, die nicht tatsächlich betroffenenkontrolliert sei (also beispielsweise auch in eine partizipative For-

---

annehmen kann über die Biographie und die Absichten des Benutzers des Ausdrucks, der Umstände der Äußerung, des vorhergehenden Verlaufs des Diskurses, oder der besonderen Beziehung aktueller oder möglicher Interaktion, die zwischen dem Benutzer und dem Hörer besteht.« (Sacks und Garfinkel, 143)

17 Ich nutze den Begriff Indexikalität hier in einem weitläufigeren Sinne, durchaus in Anlehnung an Garfinkel und Sachs, aber ohne deren dezidiert sprachanalytischen Fokus.

schung, in der Betroffene beteiligt, aber nicht über den gesamten Prozess eingebunden sind), tendiert ihrer Ansicht nach dazu, bestehende Machtverhältnisse zu perpetuieren (Russo 2012; Russo 2017b) (Meine Position hierzu erläutere ich genauer in Kapitel 2.2, S. 50). In Deutschland bleibt, abgesehen von Jasna Russo und einigen wenigen anderen Forscherinnen und Kontexten (wie dem Hamburger EmPEERie-Projekt[18]) eine *Survivor*-Perspektive selten. Im englischsprachigen Raum ist betroffenenkontrollierte, auch dezidierte *Survivor*-Forschung, weitaus stärker verbreitet und an Universitäten fest etabliert (u.a. Beresford 2003).

Auffallend ist, dass diejenigen Studien, die sich epistemisch-ontologischen Fragen rund um die spezifische Expertise von Peers widmen – zum Beispiel deren besonderer Autorität (u.a. Noorani 2013; Faulkner et al. 2013) – fast ausschließlich aus der betroffenenkontrollierten und partizipativen angloamerikanischen Forschung kommen. Das liegt aus verschiedenen Gründen nahe: Sicherlich gehört es auch zur politischen Agenda der Akteure, die Erfahrungsexpertise von Genesungsbegleiterinnen gegenüber zertifiziertem Expertinnenwissen stärker zu gewichten. Obwohl ich das Anliegen teile, *Erfahrungsexpertise* genauer zu betrachten und zu stärken, sehe ich in vielen bisherigen Auseinandersetzungen Spannungen zwischen epistemischen und politischen Ansprüchen (Kelly 2017, 231). Vor allem jedoch halte ich einen häufig durchscheinenden *empathischen*[19] Erfahrungsbegriff, der ausschließlich auf der Idee eines Durchlebens einer Erfahrung aufbaut, für problematisch.

Zunächst legt der Begriff von Empathie (sicherlich mit einigen definitorischen Ausnahmen) eine besondere, unmittelbare Authentizität und unmittelbare Evidenz nahe (Hampe 2000, 16). Ein solcher empathischer Erfahrungsbegriff untermauert zwar einerseits die Legitimität der Erfahrungsexpertise von Genesungsbegleitern. Andererseits bringt er, wenn er als universelle Konstante begriffen und nicht als eine von vielen möglichen Varianten gesehen wird, Erfahrungsexpertise in Opposition zu zertifzierten Expertisen (u.a. Boardman 2017). Diese als solche zu begreifen, entspricht zwar unter Umständen der Vorstellung mancher *Survivor*-Forscherinnen von der Opposition zu Psychiatrie und der Verhinderung der Kolo-

18 Im Hamburger EmPEERie-Projekt fand beispielsweise ein betroffenengeleitetes Forschungsprojekt statt, bei dem an Forschung interessierte Betroffene methodisch und finanziell unterstützt werden, eigene Forschungsvorhaben zu verwirklichen (Stand Mai 2018).

19 Auch empathisch ist eine Begrifflichkeit, die gerade in medizinanthropologischen Untersuchungen in verschiedenen Varianten verwendet wird: Beispielsweise versteht Jodi Halpern Empathie – in einer psychoanalytisch inspirierten Sichtweise – als imaginativen, kognitiven, affektiven und dynamischen Prozess, der Asymmetrien zwischen »emphathizer and empathizee« enthält. (Halpern 2011) Ob ein empathischer Erfahrungsbegriff erstrebenswert ist oder eher problematisiert werden müsste, ist umstritten. Der Psychologe Franz Breuer betont seine positiven Aspekte, die Philosophen Michael Hampe und Maria-Sybilla Lotter weisen dagegen eher auf die kritischen Seiten hin. (Breuer 2000; Hampe und Lotter 2000)

nisierung des Wissens der Psychiatrie-Erfahrenen.[20] Jedoch verführt diese Lesart– abgesehen davon, dass dieser Ansatz einer praxistheoretischen Sichtweise entgegen stehen würde – meiner Ansicht nach unter anderem auch dazu, dem *einen* Hegemon von psychiatrischer Expertise monumental die *eine* Erfahrungsexpertise von Genesungsbegleiterinnen als *Gegenexpertise*[21] gegenüberzustellen. Diese bleibt dann als dominierte und nur in der Abgrenzung zu anderen Expertisen bestehende Form immer unterlegen.

Folgendes Zitat ist eine der meist genannten Definitionen von Peer-Unterstützung von einer Betroffenen-Forscherin und zeigt exemplarisch, wie ein *empathisches* Erfahrungsverständnis als Grundlage von Peer-Arbeit eingebettet sein kann:

> Peer Support is not based on psychiatric models and diagnostic criteria. It is about understanding another's situation emphatically through shared experience of emotional and psychological pain. When people find affiliation with others whom they feel are ›like‹ them, they feel a connection. This connection, or affiliation is a deep holistic understanding based on mutual experience where people are able to ›be‹ with each other without the constraints of traditional (expert/patient) relationships. (Mead 2003, 1)

Dass es eine Art Mitgliedschaft zur Gruppe Psychiatrie-Erfahrener – als eine immer wieder zu aktualisierende, ordnungsgenerierende Differenzkategorie im Sinne von Stefan Hirschauer (Hirschauer 2001, 2016) – gibt, die von traditionellen Zwängen zwischen Patient und Experte befreien kann, leuchtet mir ein. Der Schritt zu einem tiefen, holistischen Verständnis zwischen Personen scheint mir jedoch alles andere als eine selbstverständliche Konsequenz. Das heißt nicht, dass ich die Effektivität der Erfahrungsexpertise von Genesungsbegleiterinnen bezweifle – ganz im Gegenteil. Aber ich halte sie für eine brüchige Differenzkategorie, die im Horizont eines (teil-)stationären psychiatrischen Alltags immer wieder hergestellt, stabilisiert und unterlaufen werden muss, damit sie ihre Wirksamkeit nicht verliert.

Ein emphatisches und auf der Idee des Durchlebens einer Erfahrung aufbauendes Erfahrungskonzept führt insbesondere im deutschen gesundheits- und wissenschaftspolitischen Kontext zu einer Leerstelle in der Debatte, die selten kritisch

---

20 Jasna Russo diese Position zu unterstellen würde ihren differenzierten Betrachtungen nicht gerecht werden. Allerdings verweist sie in dem Artikel »Between exclusion and colonisation: Seeking a place for mad's peoples knowledge« gemeinsam mit Peter Beresford auf die Problematik der Aneignung des Wissens von Psychiatrie-Erfahrenen durch Forscherinnen ohne dezidierten Erfahrungshintergrund hin (Russo und Beresford 2015, 155ff.).

21 Luc Boltanski beschreibt Gegenexpertise (counter-expertise) als dominierte Form von Expertise, die in ihrem Streben nach Annäherung an professionelle Expertise immer der Verlierer bleiben muss. (Boltanski 2011, 137ff.)

reflektiert wird. Jijian Voronka, eine der explizit kritischen Stimmen gegenüber einem Erfahrungsbegriff mit solch einem Authentizitätsindex, schrieb über die Expertise aus Erfahrung im psychiatrischen Bereich:

> Along with postcolonial, feminist, queer, critical race, and other critical academic and social movements, we have used our experiential knowledge and subject positions to sanction our knowledge. Yet, unlike most fields, we have yet to engage openly with the hard questions on the possibilities, limits, and conditions of relying on experiential knowledge. (Voronka 2017, 191)

Sie spricht, in Anlehnung an Gayatri Chakravorty Spivak (Spivak 1990), von einem »strategischen Essenzialismus« (Voronka 2017; hier und im Folgenden meine Übersetzung), dem die Verwendung der Kategorie Erfahrungsexpertise im Kontext psychiatrischer Gesundheitsversorgung erliege. Einerseits sei diese Vorgehensweise notwendig, um dem Wissen von Genesungsbegleitern überhaupt aus einer marginalisierten Position herauszuhelfen, was zu maßgeblichen Veränderungen im psychiatrischen System geführt habe. Andererseits ebne die Herstellung einer Identitätskategorie, die »Personen mit gelebter Erfahrung« (persons with lived experience, Anmerkung CS) bezeichne, Differenzen innerhalb dieser Gruppe ein. Die Abgrenzung zu ›normalen‹ Personen bleibe in dieser Kategorisierung erhalten oder werde sogar verstärkt (ebd.).

> […] using »people with lived experience« as a form of strategic essentialism to unify our divergent ways of making meaning of our experiences to enact political gains holds risks. These risks include undercutting our various differences by effacing interlocking oppressions and the different ways we experience madness, conflating our conceptual and ideological standpoints as universal, shared, and reifying mental illness. (Voronka 2017, 190)

Ein anderes Risiko eines essentialisierenden Blickes auf Psychiatrieerfahrungen (ob er strategisch eingesetzt wird oder nicht) ist meiner Ansicht nach, dass eine Auseinandersetzung mit Erfahrungsexpertise; also beispielsweise Kritik an ihr oder die Diskussion ihrer Grenzen, vorschnell als Attacke auf Identitäten interpretiert wird. Jeanette Pols und Maartje Hoogsteyns beschrieben dieses Problem der Unanfechtbarkeit von individuell durchlebter Erfahrung als: »Stories about experiences are true stories.« (Pols und Hoogsteyns 2016, 41.) Die Autorinnen verwiesen zudem auf die – bereits erwähnte – Schwierigkeit der angenommenen Authentizität von Erfahrung als Expertise. Sie kann nur von Personen beansprucht werden, die diese Erfahrung selbst durchlebt haben. Das macht einerseits ihr emanzipatorisches Potenzial aus, aber es führt auch dazu, dass deren Reichweite schnell begrenzt werden kann:

> This is not because their knowledge is different, but because of who articulates it. It suggests that individuals narrate authentic experiences that are untouched by the context in which they are produced. (Ebd., 42)

Ein weiteres Argument, das Pols und Hoogsteyns gegen eine Expertise, die allein auf dem Verständnis einer durchlebten Erfahrung aufbaut, in Stellung bringen, bezieht sich auf die Undeutlichkeit dieser Charakterisierung (Pols und Hoogsteyns 2016, 42):

> When anything one has lived through and expresses publicly counts as knowledge, knowledge becomes an extremely broad category that includes all kinds of testimony. The analytical tools to discern knowledge from other experiences peoples [sic!] are absent. (Ebd.)

Auch diese Undeutlichkeit führe dazu, dass diese Expertise leichter verworfen werden könne und als unbrauchbar bezeichnet werde (ebd.).

Die geschilderten Probleme, erstens eine als selbstverständlich angenommene Authentizität der Krisenerfahrungen der Genesungsbegleiterinnen, zweitens deren Unhinterfragbarkeit und drittens deren unklare Grenzen, machen es notwendig, Kritik an einem *empathischen* Erfahrungsbegriff zu üben – was nicht mit Kritik an der Tätigkeit von Peer-Arbeitern gleichzusetzen ist. Den Begriff der Erfahrungsexpertise kritisch zu untersuchen, bedeutet keinesfalls, dass ich diese für wirkungslos halten würde. Gerade weil ich die besondere Erfahrungsexpertise im Kontext von Genesungsbegleitung ernst nehme, untersuche ich deren alltägliche sozio-materielle Konstruktion. Ich gehe also nicht davon aus, dass sich Erfahrungsexpertise authentisch im einzelnen Subjekt verorten lässt, sondern analysiere ihre kollektive und prozessuale, alltägliche Verhandlung. Es ist mein Anliegen, Erfahrungsexpertise in diesem Feld als Wissen ernst zu nehmen, ohne sie dabei allein im authentischen Erleben zu verorten und damit ebenso unhinterfragbar wie undeutlich bleiben zu lassen.

Genesungsbegleitung, dieses in Deutschland relativ neue berufliche Phänomen, baut auf der Idee einer spezifischen psychiatrischen Krisenerfahrung auf, die dann im therapeutischen Alltag nutzbar gemacht werden kann. Ihre Wirksamkeit ist aus medizinisch-psychiatrischer Sicht weitläufig untersucht und nachgewiesen worden. Dennoch herrscht große Unklarheit darüber, welche Tätigkeiten Genesungsbegleiter im Alltag übernehmen sollen und können und worin eigentlich die Spezifik ihrer Erfahrungsexpertise besteht. Mein Anliegen ist es, darzustellen, wie sich im Zusammenspiel zwischen Peer-Arbeiterinnen und anderen Professionen in bestimmten Situationen eines (teil)stationären psychiatrischen Alltags ein spezifisches und übertragbares Wissen entwickeln kann. Zugleich ist es mir wichtig, die Undeutlichkeit und Unhinterfragbarkeit einer allein emphatisch verstandenen Erfahrungsexpertise zu vermeiden. Indem ich dem alltäglichen Inkrafttreten der Er-

fahrungsexpertise von Genesungsbegleiterinnen auf psychiatrisch-klinischen Stationen nachgehe, möchte ich Spezifika dieses Peer-Wissens herausarbeiten.

2.2 *Mit* Genesungsbegleiterinnen forschen: methodologische Entscheidungen und Anmerkungen zu kolaborativer Zusammenarbeit

Erfahrungsexpertise praxeologisch perspektivieren

Durch diesen Fokus auf das Inkrafttreten von Erfahrungsexpertise verorte ich sie in den konkreten Praktiken und somit weder allein im menschlichen Subjekt noch im Objekt – beide sind Teil der Bedingungen, in denen sie (re-)produziert werden.

> Die »Materialisierung« des Sozialen und Kulturellen in den Körpern und den Artefakten positioniert Praxistheorie in Opposition zu zwei – im Homo oeconomicus, Homo sociologicus, im kognitivistischen Mentalismus oder dem semiotischen Textualismus enthaltenen – für die westliche Tradition einflussreichen, ontologischen Dichotomien: Zur Dichotomie zwischen »Geist« und »Körper« und zur Dichotomie zwischen »Subjekt« und »Objekt« als jeweils zwei separierten Sphären, von denen dem jeweils erstgenannten – dem »Geist« und dem »Subjekt« – aus Sicht des traditionellen Dualismus das Primat zukommt. (Reckwitz 2003, 291)

Das heißt, dass ich eine Perspektive einnehme, in der ich Erfahrungsexpertise im Kontext von Genesungsbegleitung im Hinblick auf ihre Herstellung in der – vor allem klinisch-psychiatrischen – Praxis betrachte und sie als Vielzahl sozialer Prozesse beschreibe. Demnach gehe ich nicht davon aus, dass sie ahistorisch oder unveränderlich sei und dennoch Ordnungen hervorbringt (u.a. Law 1994; Law und Mol 2002). Ich blicke auf Erfahrungsexpertise als Praxis, als »typisiertes, sozial geteiltes Bündel von Aktivitäten, die durch implizites, methodisches und interpretatives Wissen zusammengehalten werden und in einen Kontext eingebunden sind« (Reckwitz 2003, 289). Dadurch werden Koexistenzen und Überschneidungen, Unvollständigkeiten und Komplexitäten sozialer Phänomene sichtbar, und das »unabschließbare Gemacht-Sein von Prozessen und Ordnungen« (Knecht 2012, 257) tritt hervor.

Das Feld der Praxistheorien selbst ist in sich sehr divers. Wer von wem als wesentliche Akteurin rezipiert wird, variiert stark in den einzelnen Disziplinen und Subdisziplinen; ebenso unterscheiden sich die Schlagworte und Verständnisse mit denen gegenwärtig die vermehrte Hinwendung zur Praxis in wissenschaftlichen Auseinandersetzungen der Sozial- und Kulturanthropologie diskutiert wird (u.a. Reckwitz 2003; Hillebrandt 2009; Beck, Niewöhner und Sørensen 2012; Bogusz 2016).

Schon in den 1980er Jahren diagnostizierte Sherry B. Ortner ein wachsendes kulturanthropologisches Interesse an: »practice, praxis, action, interaction, activity, experience and performance« (Ortner 1984, 144) und gab einen Überblick über die damaligen Einflüsse und Verständnisse. Stefan Beck nannte diese Variante *Praxistheorie 1.0.* (Beck 2015b) und signalisiert damit zugleich, dass es seit den 80er Jahren durchaus disziplinäre »Updates« (ebd., 5) gab. In *Praxistheorie 1.0* überneh- me Praxis oder Praktiken eine doppelte Erklärungsrolle, durch die *individuelles Handeln* in einen systematischen und regelmäßigen Wirkzusammenhang gesetzt werde (ebd.). *Praxistheorie 2.0* zeichnet sich für Beck demgegenüber vor allem durch eine spezifische »Ontologie des Sozialen« (ebd.) aus. Sie richte sich nicht vor allem an ›Logiken‹ individuellen Handelns aus – wie in *Praxistheorie 1.0* –, sondern betrachte ›das Soziale‹ als Ergebnis von Praktiken, die zugleich körperlich als auch durch externe Materialitäten bedingt sind und sich durch geteilte praktische Verständnisse kennzeichnen. Insbesondere Pierre Bourdieus Arbeiten zum Habituskonzept (u.a. Bourdieu 2015 [1972]) waren wegweisend für diese Perspektiven: *Habitus*[22] ist zugleich Ergebnis von Handeln (Opus operatum) und eine Handlungsweise (modus operandi) (u.a. ebd.).[23] Diese in historische Bedingungen eingelassene, strukturierende und strukturierte Struktur – der Habitus – ist dadurch auch ein Hilfskonstrukt, um den soziologischen Blick auf Erzeugungsprinzipien von Praxis zu richten (u.a. Barlösius 2006). Weiterhin skizziert Beck eine *Praxistheorie 3.0* für zukünftige kulturanthropologische Arbeiten, die »Assemblages aus menschlichen und nicht-menschlichen Elementen in konkreten Handlungszusammenhängen daraufhin untersuchen, was ihr zugrundeliegendes Organisationsprinzip ausmacht […]« (Beck 2015b, 10).

Trotz dieser und anderer verschiedenen, sich teilweise überlagernden disziplingeschichtlichen Varianten und (sub)disziplinären Prägungen (auf die ich hier nicht weiter eingehe) können Praxistheorien laut Theodore Schatzki durchaus als »loose, but nevertheless definable movement of thought« (Schatzki 2005, 22) verstanden werden. Grundsätzlich zeichnet sich jede Form der Praxistheorie laut Hilmar Schäfer durch einen Ansatz aus, »in dem ›Praktiken‹ die fundamentale theoretische Kategorie oder den Ausgangspunkt einer empirischen Analyse bilden« (Schäfer 2013, 5). Die unterschiedlichen Standpunkte lassen sich zunächst leichter in ihren gemeinsamen Kritikpunkten an ›traditioneller‹ Wissenschaftsphilosophie ver-

---

22 Dieser kurze Verweis auf das Habituskonzept von Pierre Bourdieu ist sicherlich eine rudimentäre und selektive Bemerkung. Es mangelt nicht an Einführungen, Anwendungen und ausführlichen Diskussionen dieses vielgestalten und einflussreichen Konzepts, das heute zum Standardrepertoire der Sozialwissenschaften gehört (u.a. Barlösius 2006; Wacquant 1992; für eine Einführung siehe Lenger, Schneickert und Schumacher 2013).

23 »Der Habitus ist ein »modus operandi« weil er Praxisformen und Wahrnehmungs- Bewertungs- und Denkschemata produziert, die als fertige Produkte »opus operatum« vorliegen und empirisch analysiert werden können.« (Barlösius 2006, 58)

einen, denn in einem positiven Programm: »Rather than being unified as positive program, the practice turn is more united by statements about what must be avoided, and by a view of the sorts of inquiry that are devalued.« (Soler, Zwart und Lynch 2014, 11)[24]

In einem Versuch darüber hinaus positive Merkmale von Praxistheorien zu identifizieren, nannten Léna Soler und Mitautoren folgende vier Aspekte: Erstens würden praxistheoretische Ansätze »Detail-angemessene« (ebd; Übersetzung CS) Beschreibungen zum Ziel haben und sich damit gegen überidealisierte wissenschaftliche Studien wenden. Das impliziere zweitens die Verwendung und Priorisierung bestimmter Methoden in der Untersuchung; Gerade ethnographische Methoden einerseits, die Wissenschaft ›in the making‹ fokussieren wären ebenso wie historische Studien anderseits, die Bedingungen von Zeit und Geschichte in den Blick nehmen, wären eng assoziiert mit dem *practice turn* (ebd., 12). Drittens betonten solche Ansätze situative Faktoren und Kontexte sowie, viertens, die Multiplizität von Phänomenen, das heißt die Unterschiedlichkeit der beobachteten und für die Interpretation herangezogenen Phänomene.

Es sind diese vier Aspekte, die in jedweder Ausprägung innerhalb praxistheoretischer Denk- und Argumentationsbewegungen eine zentrale Rolle spielen, die für meine Herangehensweise bedeutsam sind und nicht ein einzelner Standpunkt innerhalb dieses diversen Feldes. Insbesondere die für praxistheoretische Perspektiven charakteristische Verlegung des Fokus weg von Strukturen hin zu täglichen Praktiken (Soler, Zwart und Lynch 2014) ist für mein Erkenntnisinteresse sinnvoll. Sie ermöglicht es, die großen Begriffe *Erfahrung* und *Expertise* als Praxis zu untersuchen und sich dabei von klassischen sozialphilosophischen Dichotomien abzuwenden. So wird zum Beispiel die konzeptionelle Trennung zwischen einem erfahrenden Subjekt und einem zu erfahrenden Objekt in praxistheoretischer Perspektive dezentriert. Meine Darstellung zielt vor allem auf Prozesse ab, in denen Erfahrungsexpertise alltäglich – in materiell-semiotischen Praktiken – verhandelt wird – also darauf, *wie sie wird*, statt *was sie ist*. Auf diese Weise kann ich die erörterte epistemische Leerstelle in der Debatte durch die Erfahrungsexpertise von

24 Hierin liegt auch eine deutliche Verwobenheit der Perspektive mit dem Umfeld der *Science and Technology Studies* (STS). Sicherlich sind STS dabei kein klares, sondern ein transdisziplinäres Forschungsfeld, wie in der ersten deutschsprachigen Einführung in STS zu lesen ist: »Sein vorrangiges Ziel ist die empirische Untersuchung der vielfältigen Rollen von Wissen und Technologie in modernen Gesellschaften unter Verwendung von Methoden der Sozial-, Kultur- und Geschichtswissenschaften. Das Forschungsfeld STS ist in den späten 1970er Jahren vor allem am Schnittfeld von Wissenschaftsphilosophie, -geschichte und -soziologie auf der einen und Technikphilosophie, -geschichte und -soziologie auf der anderen Seite entstanden. Zentrales Anliegen war es, wissenschaftliches Wissen und Technik als soziale und kulturelle Phänomene zu verstehen und einer kritischen Analyse zugänglich zu machen.« (Beck et al. 2012,11)

Genesungsbegleiterinnen (also den Rückgriff auf eine spezifische Form von Erfahrung, ohne zu explizieren, wie diese im Alltag produziert wird und welche Wirkung von ihr ausgeht) auch methodologisch füllen – denn es sind genau diese konkreten Praktiken, die empirisch von Konzeptionen der einen individuellen, authentischen und empathischen Erfahrung wegführen.

Vom Kollaborieren zum Ko-laborieren

Der Versuch die Betrachtung von Erfahrungsexpertise methodologisch und praxistheoretisch einzuhegen, bedeutet ebenso, Aspekte der Feldforschungszusammenarbeit ausführlich zu erläutern. Denn auch die spezifischen Konstellationen meiner epistemischen wie konkreten alltäglichen Zusammenarbeit mit den Akteuren im Feld bedingen den Ausschnitt an Praktiken, den ich mit dieser Arbeit einfange.

Darüber hinaus sind Erläuterungen zu Kollaboration[25] als einem spezifischen Modus von Forschung in den Sozialwissenschaften aus drei Gründen wichtig: Erstens erfährt dieser Forschungsmodus vermehrt Aufmerksamkeit und kann gar als Imperativ aktueller ethnografischer Forschung gelten, wie Michi Knecht es mit Bezug auf Monica Konrad fasste.[26] Zweitens, und noch wichtiger, ist diese Auseinandersetzung zwingend, da ich in einem Feld, das so verschränkt mit Betroffenenbewegungen und geprägt von massiven Machtasymmetrien ist, keine Unklarheiten in Bezug auf meine spezifische Zusammenarbeit mit den Akteurinnen aufkommen lassen möchte. Die Motivation für die Zusammenarbeit wie auch der Nutzen der gemeinsamen Arbeit für alle Beteiligten müssen zur Debatte gestellt werden. Drittens, und dieser Grund wirkt vor allem in eine Fachdebatte hinein, ist die Diskussion von Kollaboration unumgänglich, weil sie eine Möglichkeit darstellt, die Relevanz ethnografischer Ergebnisse für kulturanthropologische Diskussionen sowie für die psychiatrische Forschung sicherzustellen.

Kollaboration als Imperativ

Kollaboration ist, wie unter anderen John Law bemerkte, ein unordentlicher Nexus zwischen Engagement, Ethik und Opportunismus (The CRESC Encounters Collaborative 2013). In den Diskussionen rumoren Ideen und Ansätze zur Demokratisierung von Expertise. Ebenso scheint Kollaboration ein großes Lösungspotenzial für aktuelle globale Herausforderungen zu bergen, indem sie über disziplinäre,

25 Mir ist bewusst, dass der englische Begriff »collaboration« andere Bedeutungssedimente enthält als der deutsche Begriff »Kollaboration«, der auch die politisch-militärische »Zusammenarbeit mit dem Feind« (engl. collaborationism) meint. Dennoch habe ich mich hier aus Lesbarkeitsgründen dafür entschieden, die deutsche Übersetzung zu nutzen.

26 Knecht situierte in ihrem Vortrag »Collaborate! Wie ein vielstimmiger, wandernder Imperativ die ethnografische Wissensproduktion verändert« den Begriff »collaboration« zwischen Imperativ und Impetus (Knecht 2017).

formale oder geografische Grenzen hinausgeht – genau wie die Probleme, die sie lösen soll. Das (vermutete) Lösungspotenzial von Kollaboration ist auch der erste von fünf Gründen, den Monica Konrad, Herausgeberin des Sammelbandes »Collaborators collaborate« (Konrad 2012), für dessen gegenwärtigen Erfolg anführte. Dieses Merkmal trage zur kontemporären Verfasstheit von Kollaboration als Imperativ bei, dem man sich kaum entziehen könne.

Gerade auch in Forschungen zu psychiatrischer Versorgung wird dieses Argument häufig aufgegriffen: Krankheits- und Versorgungskonzepte basieren sowohl auf medizinischen, als auch philosophischen, soziologischen und psychologischen Theorien und Konzepten. Daher sei es notwendig, dass sich die verschiedenen Disziplinen gegenseitig ergänzen, um zu adäquater und zufriedenstellender psychiatrischer Versorgung zu gelangen. Zudem müsse psychiatrisches Handeln in besonderer Weise die sozialen Lebens- und kulturellen Sinnwelten der Nutzerinnen auch jenseits des klinischen Kontextes in Rechnung stellen (u.a. von Peter et al. 2016, 8) und könne daher nur zu einem kleinen Teil von einer disziplinären Perspektive umfassend betrachtet werden. Die Überschreitung von disziplinären als auch formalen Grenzen in Kollaborationen wird also als notwendig erachtet, um psychiatrische Gesundheitsversorgung zu verbessern.

Monika Konrad führte weiter aus, dass Kollaboration dabei meist als Selbstzweck gelte, der gesteigerte Output und/oder validere Ergebnisse von Forschungen garantiere. Den zweiten Grund für den gegenwärtigen Imperativ der Kollaboration gewahrte sie in neuen Geografien der Zusammenarbeit in einer globalisierten Welt – sie spricht von »dispersed collaboration« (Konrad 2012, 18). Drittens, und in enger Verknüpfung mit diesen Geografien, komme es heutzutage häufig zu institutionellen Konvergenzen, beispielsweise zwischen Universitäten und Unternehmen, die neue Zusammenarbeitsformen notwendig machten. Viertens sei im Zuge verschiedener ›Demokratisierung-von-Expertise-Bewegungen‹ (meine Bezeichnung, vgl. u.a. Nowotny 2003a; Collins und Evans 2009) die Bedeutung von Interaktionsexpertise[27] gestiegen. Und fünftens verlangten das ›Projekt und das Team‹ als bestimmende Arbeitsformate nach neuen Formen der Kollaboration (Konrad 2012, 18).

27 Collins und Evans entwickeln in ihrem wegweisenden und programmatischen Artikel »The third wave of science studies – Studies of expertise and experience« die Unterscheidung in »contributory expertise« und »interactional expertise« (Collins und Evans 2002) als neue analytische Kategorien, die präskriptives statt deskriptives Potential für die soziologische Untersuchung von Wissen und Wissenschaft bieten sollen. Unter »contributory expertise« verstehen sie: »enough expertise to contribute to the science of the field being analyzed« (ebd., 254) während »interactional expertise« »[…]enough expertise to interact interestingly with participants and carry out sociological analysis« (ebd.) fasst (siehe für weitere Ausführungen auch Kapitel 3.3/S. 116).

Den positiven Bewertungen – zumindest des englischen Begriffs *collaboration* –, die bei all diesen Faktoren mitschwingen, ist jedoch auch mit Vorsicht zu begegnen, wie John Law et al. ausführen:

> Yet »collaboration«, and invocations to »collaborate«, also feature in a new lexicon of »interdisciplinary«, »partnership«, »innovation«, » engagement«, »value« and »impact« of Higher Education bodies, Research Councils and universities, one that is mobilised in the context of the radical restructuring of the »public university« as well as the production, circulation and consumption of knowledge. (The CRESC Encounters Collaborative 2013, 3)

Kollaboration ist eben auch Teil einer übergreifenden Entwicklung, in der Partizipation und Partnerschaft zum Vehikel für die Reduktion von Forschungskosten und Utilitarisierung wissenschaftlichen Wissens werden können (ebd.). In Bezug auf Formen der Zusammenarbeit in einem Forschungsfeld in der psychiatrischen Versorgungslandschaft, stellt sich zudem eine Frage, die vor allem vonseiten der *Survivor*-Forschung betont wird: Wie nämlich kann es vermieden werden, eine solche Kollaboration praktisch – trotz aller theoretisch demokratisierenden Vorhaben – nicht zu einem vor allem räuberischen und kolonisierenden Vorhaben werden zu lassen (Russo und Beresford 2015; siehe auch Kapitel 2.1.2/S. 41)?

Ich möchte Kollaboration daher nicht als programmatisches Ideal abheben lassen, sondern es offen zum Gegenstand von Kritik machen: Diese Arbeit ist keine kollaborative oder betroffenenkontrollierte Arbeit, wie sie die *Survivor*-Forscherin Jasna Russo von den Akteuren des psychologisch-psychiatrischen Forschungsspektrums einfordert (Russo 2012). Ebenso wenig entspricht sie den Vorstellungen von Kollaboration, die in einem anthropologisch-aktivistischen Spektrum von Luke Lassiter (Lassiter 2005), Ansätzen feministisch-aktivistischer Ethnografie (u.a. Checker, Davis und Schuller 2014) oder der *Participatory Action Research* (u.a. McTaggart 1997) geltend gemacht werden. Die Rolle der ›Community‹-Mitglieder, vor allem in Bezug auf den Analyse- und Schreibprozess, waren dafür zu partial und unregelmäßig – Genesungsbegleiterinnen haben die Fragestellung zwar beeinflusst, aber nicht formuliert, und waren nur in Teilen in Analyseprozesse involviert; am Schreibprozess selbst waren sie nicht beteiligt.[28]

---

28 »Collaborative research – sometimes called ›communist-based research‹, ›action research‹ and engaged anthropology – is grounded in the perspectives and interests of the community in question. It parallels participatory approaches, in reaffirming people's right to co-direct research that purports to represent them and may inform decisions that affect them. It seeks to work ›with‹ rather than ›on‹ people and community members play a prominent part in defining and contributing to research from project design through data gathering and analysis to presentation of final results.« (Sillitoe 2012, 184)

Ko-laboration als Impetus

Zugleich ist diese Arbeit dennoch eine kollaborative – jedenfalls in dem Sinn, in dem Paul Rabinow, George Marcus oder Dominic Boyer den Begriff verwenden. Denn die Zusammenarbeit mit allen Informantinnen ist mir von einem an gemeinsamer erkenntnistheoretischer Arbeit orientierten Standpunkt aus enorm wichtig (Holmes und Marcus 2010; Rabinow 2011; Boyer 2015; Klausner et al. 2015; Niewöhner 2016). Um die unterschiedlichen Kollaborationsbegriffe zu unterscheiden, beziehe ich mich auf einen von Stefan Beck, Jörg Niewöhner, Martina Klausner und anderen Teilnehmern des Labors *Anthropology of Environment | Human Relations* geprägten Begriff der *Ko-laboration*:

> With co-laborative, I mean temporary, non-teleological, joint epistemic work aimed at producing disciplinary reflexivities not interdisciplinary shared outcomes. The neologism co-laborative conjures up associations with laboratory and experiment as well as with labour. (Niewöhner 2016, 2)

In einer *ko-laborativen* Forschung geht es demnach nicht primär darum, ein gemeinsames, politisches und/oder moralisches Ziel zu verwirklichen, sondern in gemeinsamer epistemologischer Arbeit disziplinäre, möglicherweise auch voneinander abweichende Beiträge zu gewinnen:

> Vielmehr steht das Experimentieren mit den Denkstilen des jeweils Anderen im Vordergrund. Es geht um die Produktion spezifischer Reflexivität: Reflexivität als Mobilität zwischen Akteuren, Denkstilen und methodischen Zugriffen und Apparaten, im Gegensatz zu Reflexivität, verstanden als das Nachdenken über die eigene Position [...] (Klausner et al. 2015, 219)

Michi Knecht verwies auf zwei Minimalanforderungen an ko-laboratives Arbeiten: Die erste sei die Anerkennung heterogener Wissensbestände ohne deren notwendige Synthese. Dieses Merkmal grenzt Ko-laboration von partizipativer oder eben kollaborativer Forschung im Stil der *Participatory Action Research* ab, die vorrangig auf ein synthetisches Ziel hinarbeite. Zweitens gehe es um die gemeinsame Hervorbringung eines Forschungsgegenstandes – was in praxistheoretischem Zugriff konsequenterweise zu einer Veränderung von Praxis führen müsste (Knecht 2017).

Ich orientiere mich an der so umrissenen Konzeption von Ko-laboration. Eine Promotion ist allerdings ein formal und zeitlich beschränktes wie ressourcenarmes Qualifikationsformat, das die genannten Minimalanforderungen an ko-laboratives Forschen zu einem nahezu unerreichbaren Ideal werden lässt. Einen gemeinsamen Forschungsgegenstand haben alle Beteiligten an dieser Forschung nur in einem sehr kleinen Bereich, zum Beispiel in einer gemeinsamen Fokusgruppe, auf die ich in Kapitel 2.3 noch eingehen werde, hervorgebracht. Gleichzeitig war diese Fokusgruppe Grundlage meiner aktuellen Anstellung innerhalb eines partizipativen Forschungsprojektes (PsychCare – G-BA Innovationsfonds n.d.), in dem

ich als Ethnografin an einer Forschung für den Gemeinsamen Bundesausschuss, dem höchsten Selbstverwaltungsgremium im deutschen Gesundheitswesen, an der Evaluation von psychiatrischen Modellprojekten beteiligt war und bin (von Peter et al. 2018; Bieler, Bister und Schmid; in Vorbereitung). Diese Dissertation ist also im weiteren Sinne eine Grundlage von gegenwärtigen und zukünftigen Ko-laborationen, die durchaus das Potenzial haben, praxisverändernd zu wirken.

Die Anerkennung verschiedener Wissensbestände ist ein Ziel dieser Arbeit – und zugleich eine Bewegung, die sich auch im Feld um Genesungsbegleitung selbst immer wieder abspielt. Dort findet nämlich durch die Genesungsbegleitern eine neue Form der Expertise Eingang in die Psychiatrien, und dort ko-laborieren Vertreterinnen der *Psy-Disziplinen* (Rose 1979) mit Erfahrungsexperten. Stefan Beck argumentierte gar, dass im Feld Genesungsbegleitung ein wahrhaft kollaborativer bzw. ko-laborativer Modus der Wissensproduktion entstehe:

> What is emerging here is a new type of »knowledge space« where – in the words of David Turnbull – not the »idealistic linking« of ideas is in the centre of interest but the social process of linking people, practices and places (Turnbull 2001: 2). These processes aim at the production of expertise outside of educational institutions invented by modern societies, universities, research institutions, laboratories. (Beck 2015a, 18)

Ko-laboration als Relevanzgenerator

Ko-laboration als Modus der Wissensproduktion, der über »idealistic linking« (ebd.) hinaus geht ermöglicht es auch, mit einer »dritten Angst des Forschers vor dem Feld« (Niewöhner 2016, 3) produktiv umzugehen. Unter der (in dieser Zählung: ersten) »Angst des Forschers vor dem Feld« (ebd.) wurden und werden im Fach Europäische Ethnologie sämtliche Ängste vor dem Erstkontakt mit dem Feld ausgiebig verhandelt:

> […] diese Ängste kommen u.a. in psychosomatischen Störungen wie Herzklopfen und Bauchschmerzen, in motorischer Unruhe bei gleichzeitiger Entschlussunfähigkeit, im Verschieben von Terminen und deren Rationalisierung sowie im Um-den-Block-laufen/fahren zum Ausdruck […] (Lindner 1981, 54).

Unter der »zweiten Angst« (Niewöhner 2016, Übersetzung CS) oder »neuen Angst« (Warneken und Wittel 1997) des oder der Forschenden vor dem Feld wird die Sorge nach Akzeptanz in spezifischen Settings des »Studying up« (Nader 2002) diskutiert, also Forschung über »das mittlere und obere Ende sozialer Machtstrukturen« (Nader 2002, Übersetzung CS). Die »dritte Angst« nun, die für das Forschungsfeld um Genesungsbegleitung von großer Relevanz ist, dreht sich um die folgende Frage: Welches Wissen, welche Expertise kann ich als Ethnografin einbringen, damit ich nicht nur das Wissen der Ko-laborantinnen im Feld dupliziere:

> How can I document another expert culture without precisely reframing their expert knowledge in the analytical categories of my own, thus absorbing them into my jurisdiction? (Boyer 2008, 41)

So fasste der US-amerikanische Anthropologe Dominic Boyer in »Thinking through the Anthropology of Experts« dieses Dilemma. Das Szenario, auf das sich Boyer bezieht, ist seine Feldforschung mit Journalisten, also ein Feld mit Informanten, die mit ähnlichen Denkstilen arbeiteten wie er selbst (Niewöhner 2016, 3). Während der Feldforschung mögen diese Bedingungen angenehm sein. Nach der Feldforschung entstehe jedoch häufig folgende Schwierigkeit:

> Yet the problem arises after the fieldwork phase when it turns out that the actors in the field knew all along what the anthropologists proudly present to them as their findings. (Niewöhner 2016, 3)

Auch im Feld um Genesungsbegleitung ist die Auseinandersetzung mit Eigenkonzepten – also beispielsweise dem *Wir-Wissen* (siehe S.33) – so weit verbreitet, dass der Mehrwert ethnografischer Forschungen nicht selbstverständlich ist. Zwar bespiele ich eine bestehende inhaltliche Lücke im wissenschaftlichen Diskurs rund um epistemische Fragen zur Erfahrungsexpertise von Genesungsbegleiterinnen. Das schützt mich jedoch nicht davor, Inhalte zu wiederholen, die im Feld schon lange bekannt sind. Eine Antwort auf diese epistemische Misere muss meiner Ansicht nach in einer Zusammenarbeit mit dem Feld liegen, die das Gegenüber im Feld als kritische Expertinnen ernst nimmt, zugleich Zurückhaltung aufseiten der Forscherin übt und die Forschungsperspektive immer wieder explizit situiert. Ob man sich zur Bezeichnung dieser Positionierung auf Konzepte des »studying sideways« (Hannerz 1998, Boyer 2015), des »modest witnessing« (Haraway 1997, Shapin 2011), des »modest withnessing« (Sørensen 2011) oder eben der »Ko-laboration« bezieht, bringt sicherlich Verschiebungen in Bezug auf den Forschungsgegenstand mit sich. In all diesen Konzepten wird jedoch das bereits erwähnte *para-ethnografische*[29] Wissen im Feld ernst genommen und die Informanten sind »counterparts rather than ›others‹ – as both subjects and intellectual partners in inquiry« (Holmes und Marcus 2008):

> Das formal untheoretische Theoretisieren der »Eingeborenen« des Feldes als Quelle der Erkenntnis zu erschließen, ist […] natürlich alles andere als neu. Neu

29 Holmes und Marcus verstehen unter para-ethnografischem Wissen eine zum ethnografischen Wissen analoge Form des Wissens, die im Forschungsfeld entsteht: »[…] the de facto and self-critical faculty that operates in any expert domain as a way of dealing with contradiction, exception, facts that are fugitive, and that suggest a social realm not in alignment with the representation generated by the application of the reigning statistical mode of analysis.« (Holmes und Marcus 2008, 236)

> ist allerdings, dass den Informanten zugestanden wird, selbst an der Produktion von kritischem Wissen über ihr Feld beteiligt zu sein und sie als Partner bei der Wissensproduktion ernst zu nehmen. (Beck 2009, 223)

So fasste Stefan Beck die Besonderheit von George Marcus' und Douglas Holmes' Konzept des *para-ethnografischen* Wissens zusammen. Im Feld um Genesungsbegleitung kursiert viel *para-ethnografisches* Wissen. Das Konzept suggeriert dabei eine verführerische Symmetrie für die Forscherin, die gleichzeitig postkoloniale Kritik zu lösen scheint (Boyer 2008). Natürlich bleibt dies eine Illusion und es ergeben sich auch mit der Anerkennung von *para-ethnografischem* Wissen neue blinde Flecken. Beispielsweise argumentierte Jasna Russo, dass Psychiatrie-Erfahrene – egal, ob in der Position von Genesungsbegleitern oder nicht – als marginalisierte Personen gesehen werden müssen und neue Probleme entstehen, wenn sie als Partnerinnen in der Wissensproduktion ernst genommen werden. Sie formulierte gemeinsam mit Peter Beresford die Frage, ob eine wohlgemeinte Auseinandersetzung mit den individuellen Stimmen von »mad people«[30] die Exklusion dieser Stimmen nicht einfach durch deren Kolonisierung ersetze und so bestehende epistemische Ungleichheiten verstärke, statt sie zu vermindern:

> If the first problem was getting any kind of recognition for such narratives, then now this has begun to be achieved it appears we may have moved to a further stage when additional issues emerge. This is how to ensure that they are not just colonised or reduced to a new area for academic activity – taken from the control of their own authors. (Russo und Beresford 2015, 155)

Russo und Beresford beschrieben, erstens, die Anerkennung dieses Problems als wichtigen Schritt in Richtung auf einer Lösungsfindung und fordern zweitens, dass Wissenschaftler ihre Autorität nutzen sollten, um dem Wissen der Psychiatrie-Erfahrenen mehr Legitimität zu verleihen (ebd., 156). Ich folge Jasna Russo insoweit, dass die Diskussion dieses Problems notwendig ist und Forscherinnen ihre (autoritäre) Rolle durchdenken müssen. Aber ich bin nicht der Ansicht, dass eine aktivistische Selbstpositionierung der Forscherin auf der Seite der Betroffenenbewegungen oder innerhalb von *Survivor Research* die einzige Lösungsmöglichkeit für dieses Dilemma ist (u.a. Haraway 1988). Jasna Russo argumentiert vor allem von einem antipsychiatrischen Standpunkt aus. In Bezug auf eine sozialwissenschaftliche, praxistheoretische und ko-laborative Arbeit ergeben sich aus meiner Sicht auch andere Optionen: Die Kritik des Psychiatrie-Systems bleibt zwar eine gemeinsame Schnittmenge mit Betroffenen-Aktivisten, vorrangig geht es aber um epistemische Ergebnisse und Positionen auf einer analytischen

30 Ich lasse den Begriff hier so stehen, da Russo ihn so nutzt und die *Mad Studies* in den USA und Kanada sich darauf beziehen (vgl. LeFrancois, Menzies und Reaume 2013).

Ebene, die nicht schon vor einer empirischen Feldforschung festgesetzt sind. Aus meiner Sicht ist es (wie ich es gemeinsam mit Patrick Bieler und Milena Bister andernorts ausgeführt habe) notwendig, Formen der Zusammenarbeit zwischen Psychiatrie, bzw. medizinisch-psychiatrischer Forschung und Europäischer Ethnologie zu etablieren, die die bisherige Zweiteilung der sozialwissenschaftlichen Forschungen zu Psychiatrie in einerseits dekonstruktive Kritik oder anderseits als zuarbeitende Hilfswissenschaft überformen (Bieler, Bister und Schmid, in Vorbereitung). Epistemische Potisionen auf sozialwissenschaftlicher Seite sollten offen für Revisionen sein.

In der vorliegenden Arbeit nehme ich eine praxistheoretische Perspektive ein. Durch die prinzipielle Anerkennung meines partialen Blickwinkels und dem dementsprechenden situierten Wissen (vgl. Haraway 1988), das ich mit dieser Arbeit hervorbringe, versuche ich »Othering« (Said 2009) gegenüber beispielsweise aktivistischen Positionen in den Forschungen zu Psychiatrieerfahrungen zu verhindern und stattdessen die Heterogenität von Wissen anzuerkennen. Zugleich sind einzelne ko-laborative Formate innerhalb der Dissertation umgesetzt, um den hier generierten Ansatz an das Feld zurück zu binden und seine Relevanz – über eine Reproduktion des schon bestehenden Wissens im Feld hinaus – abzusichern. Ich ziele mit dieser Arbeit nicht auf eine Dekonstruktion des gegenwärtigen Psychiatriesystems ab; das Potential dieser Arbeit liegt vielmehr darin, die Verhandlung von Erfahrungsexpertise bei Genesungsbegleitung im stationären Klinikalltag genauer zu verstehen, um sie besser teilen und einsetzen zu können (Pols 2016, 43).

Im Feld Genesungsbegleitung – methodische und forschungsethische Vorbemerkungen

> Auf dem Weg war ich aufgeregt – auf diese seltsame Weise –, wie es bei den ersten Aufenthalten im Feld ist: Ich habe das Gefühl, ein Metamännchen versucht neben mir herzulaufen, bekommt manche Dinge mit. Wenn es richtig spannend wird, verschwindet es dann allerdings wieder, und dann taucht es wieder auf. Ich muss immer wieder tief Luft holen und habe Angst, am falschen Ort, zur falschen Zeit oder einfach generell falsch zu sein. Gedanklich spiele ich Situationen durch. Warum sollten die Leute wollen, dass ich komme? Im gleichen Atemzug meldet sich immer wieder das Metamännchen: Warum hast du so Angst? Die verschiedenen neuen und alten Ängste der Forscher vor dem Feld fallen mir ein.
> Vor der Klinik spreche ich eine Gruppe rauchender Frauen an, die anscheinend irgendwie dazu gehören. Und schon die erste Person, sie ist gerade Praktikantin, erklärt mir, wo ich hin muss. Ich gehe in den zweiten Stock und lege meinen Rucksack etc. in das Büro, gebe der Reihe nach die Hände.
> Es ist eine kleine Gruppe, die sich im Raum im zweiten Stock versammelt. Alle ziehen das Sofa oder bequeme Sitzsäcke vor – ich habe mir einen der Stühle (die am

> anderen Ende des Sitzkreises stehen) genommen und sitze sehr aufrecht.
> Die Psychologin meint (möglicherweise in Reaktion auf meine Stuhlwahl): »Es ist ein statement, dass ich mich jetzt hier so hinlümmele. Wenn ich die Gruppe leite, sitze ich auch in einem der aufrechten Stühle.«
> Es wird über die offensichtlich neue Wandfarbe in gelblichem Ton gesprochen. Die Ränder zur Decke sind ungleichmäßig und fallen negativ auf, und die Kabelschächte durften nicht überstrichen werden, weswegen diese noch in einem weißgelblichen Dreckzustand sind. Laut einem Pfleger, Moritz, sollen sie jedoch noch geputzt werden. Es wird gewitzelt, dass sie dann wieder total auffallen würden, wenn sie weiß sind und die Wand dann gelb. Wegen Feuerschutz dürfe man sie aber nicht streichen. Im Hin und Her wird deutlich, dass die Atmosphäre des Raumes angenehmer sei, durch diese neue Farbe. Moritz übernimmt die Initiative und sucht nach einem neuen Blatt am Flipchart. Er fängt an, TOPS (Tagesordnungspunkte) zu sammeln. Ich bin der erste. Ich fange also an und habe das Gefühl, in eine offene Stimmung hineinzusprechen. Mein Problem in dieser Situation ist, dass ich mich kaum daran erinnern kann, was ich genau gesagt habe. Einige Anmerkungen waren spannend: Die Psychologin, Jenny, fragt mich, ob ich denn bereit sei, mich voll und bei allen Aktivitäten auch als Mensch einzubringen? Diese Frage überrascht mich etwas, aber ich beantworte sie positiv.
> Und sage: »Ich habe nicht vor, in der Ecke zu sitzen und geheimnisvolle Notizen in eine Kladde zu machen.«
> Ich habe hier – ohne es zunächst zu bemerken – den Ausdruck des Klinikleiters beim Vorgespräch übernommen, der mich fragte, ob ich in der Ecke sitzen würde. Diese Antwort führt zu allgemeinem Lachen. Die bürokratischen Hürden werden erwähnt. Alle empfehlen mir, doch noch kurz bei Frau Schwarz vorbeizuschauen und nachzufragen. Meine kurze Bemerkung, dass ich meinen Impfpass dabei habe, führt auch zu kurzen Lachern und der Klage, dass ein Impfausweis nicht ausreiche, sondern dass ich einen Titer nachweisen müsste. Empörung ob dieser bürokratischen Schwierigkeiten brandet auf und wieder ab.
> Moritz meint: »Das hat ja dann auch was Gutes, wenn es schwierig ist mit der Bürokratie. Dann ist es hier umso angenehmer.« (Lachen). Eine Pflegerin wirft ein: »Ja, wir sind die Tollen«, und Anna, die Genesungsbegleiterin, merkt an: »Meinst du?«
> Moritz rügt kurz: »So solltest du das nicht sagen!«, woraufhin Jenny schmunzelt: »Ja, das soll sie ja selbst herausfinden!« (FN I; 13.12.2012)

Mein erster Tag in einer der beiden Kliniken, in der ich teilnehmend beobachtete, begann freundlich und humorvoll. In dieser ersten Vorstellungsrunde im Team klingen einige Aspekte der Methode *Teilnehmende Beobachtung* an, die ich teils in diesem und teils in Kapitel 3.1 ausdifferenziere: Da ist die »geistige Nähe« (Boyer 2008, Übersetzung CS) zu einem sozialpsychiatrischen Untersuchungskontext. Da ist die doppelte Intention, mit der ich als Teilnehmende Beobachterin am Alltag

teilnehme – immer im Versuch, zugleich zu beobachten und teilzunehmen (Spradley 1980, Cohn 2014).[31] Die Ängste der Forscherin vor dem Feld, die ich in Kapitel 2.2 erwähnt habe, tauchen auch auf, ebenso wie die Beschäftigung mit bürokratischen Hürden und die Frage nach dem Ausmaß des Involviertseins in Aktivitäten des Feldes (u.a. Lindner 1981, Emerson, Fretz und Shaw 2011; Sillitoe 2012). Nicht zuletzt drängt sich schon bei diesem ersten »Feldzugang« (Wolff 2008) die Frage nach der (Re-)Konstruktion flüchtiger sozialer Situationen in Notizen aus Teilnehmenden Beobachtungen auf. Zwar strukturiert die metatheoretische und methodologische Auseinandersetzung (die Dyade aus Praxistheorie und Ko-laboration) die Wahl der Techniken, die zur Anwendung kommen, allerdings ist die Forschungspraxis nicht deduktiv aus der Methodologie ableitbar (Bohnsack 1999, 194). Denn umgekehrt strukturiert auch das Feld die Methoden. In diesem Sinn ist das folgende Kapitel eine Rekonstruktion der Praxis empirischer Methoden und des Forschungsablaufs – eben ein Wechselspiel zwischen »empiriegeladenen Theorien und erfindungsreicher Praxis« (Hirschauer 2008a).

Ablauf und Methoden der Feldforschung

Von Teilnehmender Beobachtung zu negotiated interactive observation

Seit sich mit Bronislaw Malinowski (2001, 2003) die *Teilnehmende Beobachtung* zum »Königsweg« (Kaschuba 2003) der Feldforschung entwickelt hat, ist dieser Standard kaum aus ethnografischen Ansätzen wegzudenken (u.a. Wind 2008; Maanen 2011). Ich habe Teilnehmende Beobachtungen für diese Arbeit in zwei verschiedenen psychiatrischen Kliniken, einer in Berlin (2015) und einer in Brandenburg (2013) unternommen (weitere Ausführungen zum Zusammenhang zwischen Teilnehmenden Beobachtungen und »Erfahrung als Methode« siehe Kapitel 3.1, S.87). Beide Kliniken beschäftigen Genesungsbegleiter. Darüber hinaus vollzog ich während des Dissertationszeitraums innerhalb meiner Wissenschaftlichen Mitarbeit im Projekt *PsychCare* Teilnehmende Beobachtungen in verschiedenen Psychiatrischen Kliniken. Diese haben einen anderen Untersuchungsfokus und sind keine empirische Grundlage der Dissertationsschrift. Allerdings spielen sie implizit sicherlich auch mit in meine Thesen und Ausarbeitungen hinein.

31 Ein interessanter Nebenaspekt ist meiner Ansicht nach, dass sich das spezifische ›Erinnern‹ nach einer Teilnehmenden Beobachtung als mnemotechnische Praxis in meinem Fall immer etwas einpendeln muss, sodass ich nach ungefähr zwei Wochen ›geübter‹ darin war, mich im Nachhinein – am Schreibtisch – an lange Stunden im Feld zu erinnern. Nicht nur, weil allgemeine Beschreibungen von Räumen, Personen usw. am Anfang mehr Raum einnahmen, sondern auch, weil ich immer erst einen gewissen Erinnerungspfad einüben musste. Feldnotizen scheinen nicht die einzige Gedächtnisstütze zu sein (Breidenstein et al. 2013, 87), sondern auch ›persönliche Varianten‹ im Umgang mit der Flüchtigkeit sozialer Ereignisse helfen dabei, sich zu erinnern.

Allerdings bringt der Terminus *Teilnehmende Beobachtung* im Kontext einer Forschung in psychiatrischen Kliniken einige nicht nur zweifelhafte, sondern extrem problematische Implikationen mit sich. Unter anderem stellt sich die Frage, ob es sich nicht vielmehr um ein Oxymoron handelt, da eine *Teilnahme* im Krankenhaus – insbesondere, wenn die forschende Person sich unter die Patientinnen mischt – letztlich unmöglich bleibt und im Fall einer psychiatrischen Klinik in Abwesenheit einer Diagnose und/oder eines äquivalenten Leidensdrucks auch völlig außer Frage steht. Es gibt fachgeschichtlich einige obskure Versuche zu dieser Frage, zum Beispiel das sogenannte »Rosenhan Experiment« (Rosenhan 1973), das acht Forscher umfasste, die sich als Undercover-Patientinnen in psychiatrischen Einrichtungen aufhielten – und am Ende mit dem Problem zu kämpfen hatten, das Personal davon zu überzeugen, dass sie nicht ›verrückt‹ seien (Rosenhan 1973; van der Geest und Finkler 2004). Solche Vorgehensweisen sind nicht vertretbar, da sie eine Verschleierung der eigenen Absichten voraussetzen – und sie sind heute glücklicherweise ohnehin nach den Richtlinien der *American Anthropological Association* (AAA) und denen der *Association of Social Anthropologists* (ASA) nicht zulässig (Code of Ethics of the American Anthropological Association 1998; ASA Code of Ethics 2011).

Den ersten empirischen Materialblock dieser Arbeit bilden Feldnotizen aus Teilnehmenden Beobachtungen in zwei verschiedenen Kliniken. Über zwei Zeiträume, einmal zweieinhalb Monate im Jahr 2013 und einmal dreieinhalb Monate im Jahr 2015, habe ich jeweils einen Genesungsbegleiter während der gesamten Arbeitszeit (20 Wochenstunden) begleitet; teilweise blieb ich auch danach noch in der Klinik und begleitete andere Personen wie Ärzte oder Pflegende. Die erste Feldforschung fand in einer Psychiatrischen Tagesklinik statt, die ich hier TK5 nenne, die zweite in einer psychiatrischen Akutstation, der Station 20. Die Genesungsbegleiterinnen stellten mich den Patientinnen und Mitarbeiterinnen meist als »Schatten« (FN II; 28.05.2015) vor. Bei einem Gespräch in einer der Pflegedirektionen wurde ich beispielsweise folgendermaßen begrüßt:

> »Ah! Sie sind der Schatten.« Die Genesungsbegleiterin verschwindet auf der Toilette und die Witze gehen los: »Wie? Und der Schatten muss nicht mit auf das Klo?« Alle lachen. (FN II; 28.05.2015)

Die pragmatische Angliederung an die Seite der Genesungsbegleiterinnen entwickelte sich aus dem Fokus meiner Fragestellung, die sich auf das Zusammenspiel zwischen Hervorbringung und Anerkennung beim Inkrafttreten der Erfahrungsexpertise von Genesungsbegleitern bezog. Ebenso war sie ein Ergebnis der praktischen Voraussetzung für eine Anwesenheit in psychiatrischen Kliniken sowie von Überlegungen dazu, dass für Patientinnen klar sein muss, dass Genesungsbegleiterinnen im Fokus meiner Forschung stehen. Allerdings gehe ich nicht davon aus, dass ich durch diese Assoziierung an die Genesungsbegleiter einen »native's point

of view« (Geertz 1974), also in diesem Fall die Perspektive eines Genesungsbegleiters, jemals einnehmen könnte. Michael Parker fasste diese Schwierigkeit im Anschluss an den Medizinanthropologen Arthur Kleinman folgendermaßen zusammen:

> The ethnographer, no matter how successful she is in participant observation, either is or becomes an outsider – even if she begins as an indigenous member of the community she studies. She feels the thug of local obligations and the push of local practise, but for all of that she is never so completely absorbed by what is most at stake for community members that their world of experience is entirely hers. (Parker 2012, 142)

Zugleich lag mein Fokus nicht auf der Rolle der Genesungsbegleiter, sondern auf Praktiken, mit denen Erfahrungsexpertise eingebracht wird; insofern ist die Angliederung nicht als inhaltliche Festlegung misszuverstehen. Die Kulturanthropologin Gitte Wind schlug vor, die für Krankenhausethnografien typische Assoziierung mit einer von drei möglichen Rollen (vgl. van der Geest und Finkler 2004) – der Patientin, der Besucherin oder der Angestellten – ad acta zu legen und stattdessen »den Forscher zu machen« (Wind 2008, 83, Übersetzung CS). In diesem Sinne habe ich mich zwar forschungspraktisch an den Genesungsbegleiterinnen orientiert, Fokus waren dennoch immer Praktiken und eine Perspektive, die nicht darauf ausgerichtet ist, die forschende Person zu einem Teil der ›Anderen‹ werden zu lassen. Wind entwickelte in diesem Zusammenhang den Begriff der *negotiated interactive observation*, um ein Klischee der Teilnehmenden Beobachtung zu überwinden und zu einer Form der Feldforschung zu gelangen, bei der nicht davon ausgegangen wird, dass man Teil der ›Anderen‹ werden könnte und stattdessen das Verhandeln der Forscherinnenposition stärker in den Fokus rückt:

> We need to be explicit about how we negotiate our way into the field. The concept of negotiated interactive observation forces us to reflect upon and openly discuss how we do this. How and with whom did we (not) interact and form relationships? (Wind 2008, 87)

Sicherlich sind Ansätze, die Verhandlungen offen legen, nicht per se weniger problematisch, wie Michael Parker in seinem Artikel zu empirischer Ethik problematisierte: »that what is under negotiation […] will be shaped by the how of negotiation […] and vice versa.« (Parker 2007, 2253.) Ohne diese Bemerkung infrage stellen zu wollen, halte ich es dennoch für sinnvoll, den Versuch zu unternehmen – und damit Gitte Winds Aufruf zu folgen –, den Weg ins Feld und mein Forschen im Feld möglichst offen zu plausibilisieren und von *negotiated interactive observation* zu sprechen.

Meine Pausen und Zwischenzeiten habe ich häufig im Schwestern- oder Teamzimmer zugebracht, aber auch in den Aufenthaltszimmern der Patienten oder auf

den Fluren. Meinen Tagesablauf habe ich vor allem an dem der von mir ›beschatteten‹ Genesungsbegleiterinnen ausgerichtet. Diese enge Zusammenarbeit war in beiden Fällen für mich beeindruckend und lehrreich. Obwohl die Initiative für diese *negotiated interactive observation* von mir ausging und insbesondere ich es war, die von der gemeinsam verbrachten Zeit profitiert hat, genoss ich auch positive Rückmeldungen zu meiner Anwesenheit: »Wir haben uns nicht unangenehm beobachtet, sondern angenehm bereichert gefühlt« (FN I; 21.02.2013) stand auf der Abschiedskarte, die ich nach meinem Aufenthalt in der TK 5 geschenkt bekam. Diese für mich als Anthropologin ungewohnte Anerkennung (schließlich ist klassischerweise eher das kontinuierliche Gefühl, fehl am Platz zu sein, die Regel) machte die Aufenthalte in den Kliniken sehr angenehm.[32] In der Zusammenarbeit mit den Genesungsbegleitern ist allerdings auch die Herausforderung zu sehen, dass hier Allianzen oder eine »entente cordiale« (Boyer 2008, 42) entstehen können, die zugleich auch Einschränkungen mit sich bringen – zum Beispiel in der höflichen Unterlassung bestimmter Fragen (ebd.).

Zugleich habe ich versucht, »duplicitious ›friend-like‹ behaviour« (Hoeyer, Dahlager und Lynöe 2005, 1745) gegenüber den Genesungsbegleiterinnen zu vermeiden – zum Beispiel, indem ich täglich erste theoretische Ansätze in die Begleitung eingebracht und versucht habe, meine Position als Forscherin kontinuierlich zu aktualisieren (Hirschauer 2001).

Um die Anonymität der Genesungsbegleiter so gut wie möglich zu schützen, habe ich mich dazu entschlossen, die an dieser Forschung hauptsächlich beteiligten Personen zu einer fiktiven *ethnografischen persona* zu verschmelzen. Damit mache ich zunächst etwas Kontra-Intuitives, denn Genesungsbegleitung als »Berufsgruppe der subjektiven Seite« (EI 12; 02.03.2017) wird im Spezialdiskurs um diesen (Kapitel 2.1.2/S.38) dezidiert an individuelle Personen geknüpft. Es ist jedoch genau mein Anliegen überindividuelle Aspekte herauszuarbeiten und die enge Verknüpfung zwischen einer individuellen Person und ihrer Erfahrung zu erweitern. Zudem – und dies war der ursprüngliche Ausgangspunkt für diese Idee – schützt dieses Verfahren die Anonymität der Genesungsbegleiterinnen besser, denn sonst wäre möglicherweise für Personen, die mit dem Feld vertraut sind, nachvollziehbar, um wen es sich handelt. Das heißt, ich beziehe *persona* nicht auf mich als Forscherin (mein Auftauchen im Feld, Unterschiede zwischen meinem Verhalten dort und in ›privatem‹ Umfeld), wie es in manchen Ethnografien geschieht (u.a. Hine 2015). Auch folge ich nicht der Idee einer »thick persona« (Jacobs, Dreessen und Pierson 2008), die in Design- und Innovationsforschungen dabei helfen soll, eine Zielgruppe und deren mögliches Nutzungsverhalten mithilfe dichter Beschreibung

32 Vgl. u.a. John Law: »[...] the ethnographer is always inscribed in a place where she does not properly belong. She is always a stranger, partly foreign.« (Law 1994, 147)

effektiver darzustellen. Es geht mir vielmehr um die die Zusammenführung meines empirischen Materials in der Konstruktion einer möglichen Genesungsbegleiterin, die ich Anna nenne – ein weiblicher Name, da die große Mehrheit meiner Informanten sich als Frauen identifiziert haben.[33] Die fiktive Genesungsbegleiterin Anna beherbergt dadurch immer wieder auch widersprüchliche Beispiele und Aussagen in einer Person.

Wie u.a. John von Maanen ausführte, ist es in Bezug auf das Gefühl, »teilweise fremd« (Law 1994, 174; Übersetzung CS) zu sein, nicht hilfreich, dass die Arbeitsroutinen von Feldforschenden – zum Beispiel seltsame Fragen stellen, herumsitzen, schreiben, Kaffee trinken – eher unüblich für die meisten Forschungsfelder sind und nicht den Anschein akademischer Forschung haben (Maanen 2011). In beiden psychiatrischen Kliniken stand die Langsamkeit, die mein ethnografisches Arbeiten erforderte, häufig in starkem Kontrast zur Krankenhaushektik. Dennoch erlebte ich kaum offene Bewertungen meines ungewöhnlichen Tuns – ganz im Gegensatz zu anderen Ethnografinnen, die in Krankenhäusern forschen, wie es beispielsweise Gitte Wind für die Forschung in einem auf Rheuma spezialisierten Krankenhaus beschrieb (Wind 2008). Herumsitzen ist bei weitem nicht die ungewöhnlichste Tätigkeit in einer psychiatrischen Tagesklinik oder auf einer psychiatrischen Akutstation. Manchmal wurde ich auch zur Teilnehmerin an der Krankenhaushektik, wie folgende Notiz aus meinem Forschungstagebuch aus der Station 20 illustriert:

> Ich stehe im Flur, und plötzlich bricht Hektik aus. Ein mir unbekannter Arzt kommt mit einem Neuankömmling und zwei Polizisten zur Tür herein. Der Arzt gibt kurz ein paar Schlagworte an Saskia, eine Pflegerin: Drogenindizierte Psychose, ist aufgegriffen worden, und die Polizisten konnten ihn nicht einordnen. Der Stationsarzt, Herr Heck, kommt herein und ein anderer Pfleger, Martin, sagt: »Da bist du ja.« Der Arzt, der gemeinsam mit den Polizisten hereinkam, wiederholt seine Schlagworte im Eiltempo. Herr Heck fragt: »Und wie lange ist er schon in der Psychose? Kann er das sagen?« Der andere Arzt antwortet: »Das kann ich nicht genau sagen. Ich weiß nur, dass er hier sein will.«
> Der zukünftige Patient steht völlig ruhig zwischen den beiden Polizisten vor dem Schwesternzimmer. Sie scheinen unsicher, wie man sich verhalten soll. Frau Mayer, eine Patientin, quatscht sie ein bisschen von der Seite an. Martin kommt zu mir und fragt mich, ob ich schnell in Zimmer Nummer 15 am Ende des Ganges nachschauen könnte, ob ein Bett frei ist. Ich nicke, und plötzlich bin ich Teil dieses Auflaufs. Ich frage nach seinem Schlüssel. Er gibt ihn mir. Ich jogge vor und fühle mich

33 Auf geschlechterspezifische Aspekte dieser neuen Profession kann ich in dieser Dissertation, obwohl ich mir bewusst bin, dass hier einige offene Fragen und naheliegende Diskussionen lauern, nicht eingehen.

> ganz mitgerissen von der hektischen Stimmung. Dieser ganze Vorgang hat vielleicht drei bis fünf Minuten gedauert. Plötzlich laufe ich auch so schnell über den Gang wie die anderen, ohne nach rechts und links zu schauen. (FN II; 30.04. 2015)

Die Kontakte mit Patienten waren sehr unterschiedlich. Manche wollten mit mir nichts zu tun haben, und wir vermieden es, uns zu begegnen bzw. es war klar, dass ich mich zurückziehen würde, wenn es zu Interaktionen zwischen ihnen und den Genesungsbegleiterinnen kommen würde. Vor jedem Einzelgespräch schätzten wir – Anna und ich – gemeinsam (in beiden Kliniken und auch in allen anderen empirischen Situationen, zum Beispiel Gruppentherapien mit Genesungsbegleitern außerhalb von Kliniken) die Situation ein und entschieden, ob ich mich überhaupt vorstellen sollte, um die Erlaubnis zur Teilnahme am Gespräch zu erbitten, oder nicht. Das heißt auch, dass es Personen gab, bei denen ich an einem Tag anwesend sein konnte und am nächsten Tag nicht. In anderen Fällen luden mich Nutzerinnen bei den Gesprächen explizit ein, und es entwickelten sich über den Zeitraum unterschiedlich intensive Bindungen, da ich mit einzelnen Beteiligten auch ohne Genesungsbegleiter Zeit verbrachte. Beispielsweise begleitete ich einige Patientinnen häufiger in den Hof oder zum Kiosk um die Ecke (wenn niemand anders Zeit dafür hatte) oder zu anderen Stationen in den Kliniken, um somatische Probleme abzuklären (zum Beispiel zum Zahnarzt oder dem Kniespezialisten). Aber auch in den Fällen, in denen ich beim Gespräch willkommen war, war für alle Beteiligten das therapeutische Ziel immer vorrangig. Das Einverständnis der Patientinnen war also ein kontinuierlicher Aushandlungsprozess. Über *Informed Consent* und die Gestaltung des Forschungskontakts bzw. die Beziehung zwischen Forschern und der schutzbedürftigen Gruppe von Patienten in psychiatrischen Kliniken bei Teilnehmender Beobachtung wird zu Recht eine intensive Debatte geführt, die unter anderem eng verknüpft ist mit den Reibungspunkten anthropologischer und medizinischer Traditionen von Forschungsethik, aber auch mit den Grenzen der Forschungsmethoden qualitativer Sozialforschung – auf beides werde ich noch ab S. 75 eingehen (u.a. Hoeyer, Dahlager und Lynöe 2005; Pols 2005).

Auch der Kontakt mit Pflegekräften, Ärzten, Psychologen und Sozialarbeiter fiel sehr unterschiedlich aus. Es ergaben sich einerseits alltägliche Gespräche, vor allem mit den Pflegekräften. Zweifellos begegneten mir auch hier einige mit offenem Misstrauen oder Abwehr. Insgesamt jedoch war – vor allem in der TK5 – das Interesse an meiner Arbeit groß. Kontakt zu Ärzten und Psychologen war punktueller und fand zum Beispiel beim Mittagessen oder in geplanten Interviews statt, alltägliche kurze Gespräche gab es hier weniger. Dies ergab sich unter anderem durch die architektonisch-räumlichen Bedingungen – schließlich verbrachte ich meine Zwischenzeiten zumeist in den Aufenthaltsräumen der Patientinnen und der Pflegerinnen, nicht in den Büros der Psychologinnen und Ärztinnen. Als ›Schatten‹ fungierte ich jedoch nur bei den Genesungsbegleiterinnen.

In einem sensiblen Feld wie diesem versteht sich von selbst, dass die Forschung bei Bedarf zurückstehen muss und die Bedürfnisse der Patienten sowie der Mitarbeiter Vorrang haben. Diese Prämisse führte dazu, dass ich eine ganze Reihe an Tätigkeiten übernahm. Die bereits genannte Begleitung von Patientinnen, kleine alltägliche Hilfstätigkeiten wie das Ausräumen der Spülmaschine oder das Bettenmachen, Unterstützung bei der Ausformulierung der Dokumentation am Computer bis hin zur Teilnahme an den sogenannten Behandlungskonferenzen, in denen ich als Mitglied des Teams auftrat, waren alle Teil meines Daseins. Von medizinischen Tätigkeiten im engeren Sinne blieb ich natürlich ausgeschlossen, wobei ich durchaus auch in die Medikamentenvergabe integriert wurde, indem ich beispielsweise die Becher mit Wasser anreichte.

Während der gesamten Zeit hatte ich ein Namensschild, das mich als Mitarbeiterin auswies und somit von den Patientinnen abgrenzte. Im Fall der TK5 stand auf diesem Schild: »Praktikantin«, was dem administrativen Wortgebrauch für mein Tun, der »forschende Praktikantin« lautete, entsprach. Diese formale Festlegung als Praktikantin hatte für die Krankenhäuser sicherlich vor allem einen juristischen Hintergrund, der unter anderem damit zusammenhängt, dass es für Praktikanten keinen Mindestlohn gibt – und die Klinik auf diese Weise finanzielle Verpflichtungen ausschloss. Mit beiden Kliniken habe ich einen Praktikumsvertrag vereinbart, in dem ich auch meine Verschwiegenheit sowie die Anonymität der Patienten zusicherte. Auf der Station 20 war auf meinem Namensschild »Doktorandin« zu lesen, was gelegentlich zu Verwirrung über meine Kompetenzen führte; schließlich liegt es bei dieser Beschreibung nahe, dass ich Auskunft zur Medikamenten geben könnte. Eine weitere Besonderheit auf der Station 20 war die Tatsache, dass ich keine Schlüsselkarte hatte und es sich um eine geschlossene Station handelte – so klingelte ich jeden Morgen, um eingelassen zu werden, musste für jeden Toilettengang jemanden bitten, mich heraus- und wieder hereinzulassen und konnte auch Patientinnen oder Besucherinnen die Tür nicht öffnen:

> Immer wieder kommen Patienten an die Tür des Schwesternzimmers, die telefonieren oder raus aus der Station wollen. Ich reagiere etwas hilflos mit der Antwort, dass ich leider keinen Schlüssel habe und wir einen Pfleger fragen müssen. Ein Mann steht einfach neben mir im Schwesternzimmer, in das er eigentlich nicht hineindarf, und möchte hinaus. Ich antworte, dass ich ihn leider nicht rauslassen kann. »Wieso?« Ich antworte: »Weil ich keinen Schlüssel habe.« – »Warum?« Glücklicherweise kommt wieder ein Pfleger, den ich bitten kann, irgendwie darauf zu reagieren. (FN II; 16.04.2015)

Zugleich bemühte ich mich regelmäßig (und natürlich immer dann, wenn ich neuen Personen begegnete), mich vorzustellen und mich damit fortwährend als Forscherin zu positionieren.

Hintergrund beider Forschungsaufenthalte war eine bereits am Institut für Europäische Ethnologie bestehende Ko-laboration mit Akteuren aus der psychiatrischen Forschung, die an einer Zusammenarbeit interessiert waren. Auf die Kontakte aus diesem Netzwerk konnte ich zurückgreifen, um die erste Teilnehmende Beobachtung umzusetzen und dann in der zweiten von einem Psychiater, Sebastian von Peter, der eine wichtige Funktion für diese Forschung einnahm unterstützt zu werden. Ohne diese bereits bestehenden Kontakte wäre eine Forschung in diesem sensiblen Umfeld schwer möglich gewesen. In beiden Kliniken stellte ich mich sowohl der Klinikleitung als auch den Genesungsbegleiterinnen, deren Zustimmung natürlich Voraussetzung war, vorab vor. In beiden Kliniken standen und stehen die Verantwortlichen der Idee von Genesungsbegleitung – zumindest auf offizieller Linie – positiv gegenüber.

Zugleich waren die Arbeitsbedingungen für die Genesungsbegleiter in dem jeweiligen Klinikumfeld sehr unterschiedlich. Mein erster Forschungsaufenthalt war in einer Tagesklinik, der TK5, angesiedelt. In einer Tagesklinik werden Patientinnen oder Klientinnen tagsüber therapeutisch versorgt. Sie übernachten zuhause, die Tür ist offen und der Tagesablauf ist besonders auf ein (Wieder-)Erlernen von Alltagstätigkeiten ausgerichtet. Einkaufen, Kochen, Ausflüge zu möglichen zukünftigen Arbeitsplätzen gehören ebenso dazu wie Gruppentherapie und Behandlungskonferenzen. Die TK5 ist ein eigenständiges Gebäude auf einem Klinikareal. Hier werden vor allem Nutzerinnen behandelt, die aus einer Akutstation kommen oder sich zeitweilig in die TK5 zurückziehen. Die Genesungsbegleiter dort waren in einem regulären tariflichen Arbeitsverhältnis als Teil des in der Regel neunköpfigen Teams beschäftigt. Sie leiteten Gruppenangebote wie beispielsweise eine Schreibgruppe oder eine Patienten-Angehörigen-Gruppe genauso selbstverständlich wie die sogenannten Behandlungskonferenzen (BKs).

Das Modell der Behandlungskonferenz, wie sie in der TK5 umgesetzt wurde, umfasst eine wöchentliche reflektierende und koordinierte multiprofessionelle Gesprächsrunde mit den Patientinnen und soll die herkömmliche Oberarztvisite ersetzen. Sie wurde erstmals am Klinikum für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf erprobt (Aderhold, Gottwalz-Itten und Haßlöwer 2010). Die TK5 vertritt einen trialogischen Ansatz (gleichberechtigte Zusammenarbeit von Nutzern, Angehörigen und Professionellen; siehe Kapitel 2.1.1/S.29) und versucht, unter anderem durch einen trialogischen Beirat, dieses sozialpsychiatrische Ideal zu verwirklichen. In der TK5 gibt es ungefähr 20 Behandlungsplätze – de facto sind jedoch meist mehr Patienten anwesend, um die Zeiten der Unterbelegung statistisch auszugleichen, da sonst Personalkürzungen drohen würden.

Auf der Station 20 hingegen, dem anderen Ort meiner *negotiated interactive observation*, einer allgemeinpsychiatrischen Akutstation in einem Krankenhaus, war eine Genesungsbegleiterin (wie auch weitere Genesungsbegleiterinnen auf ande-

ren Stationen) als Honorarkraft eingestellt. Innerhalb der Station 20 sind die Aufgaben für die Genesungsbegleitung sehr viel Team-unabhängiger. Sie umfassen die Leitung von therapeutischen Gruppen, aber auch viele Einzelgespräche. Die Station 20 als Akutstation in einem Krankenhaus erstreckt sich über einen langen Flur. Die Stationstüren sind geschlossen und es gibt die klassische Glaskanzel[34] am Ende des Flurs ebenso wie ein Schwesternzimmer mit kleinem Fenster zu dem danebengelegenen, sogenannten Isolierzimmer. Auf der Station gibt es maximal 26 Plätze, verteilt auf Zwei- und Dreibettzimmer. Die genaue Anzahl an Mitarbeitern konnte ich nicht ermitteln (auf eine Nachfrage beim Personal habe ich auch keine genaue Antwort erhalten und ich habe es versäumt diese Nachfrage an anderer Stelle zu wiederholen), da der Einsatz von Springerinnen, verschiedenen Praktikantinnen aus Psychologie, Medizin und Pflege, ebenso wie der Wechsel von Pflegekräften als Springer zwischen den Stationen zu einer unübersichtlichen Lage führten und ich wenig bis keinen Kontakt zu Krankenhausadministration hatte.

Während der *negotiated interactive observation* in beiden Kliniken habe ich Feedbacks in verschiedenen Formaten durchgeführt. Mehrere Vorstellungen meines Projekts vor dem Team – zu Beginn das Vorhaben, in der Mitte mit ersten Ergebnissen und am Schluss mit weiteren Ergebnissen – als auch in einer eigenen Diskussionsgruppe mit Nutzern, waren Teil meines Versuchs, in gemeinsame epistemische Arbeit einzusteigen. Die Betonung liegt auf Versuch, da das Interesse und vor allem auch die Kapazitäten sehr unterschiedlich ausgeprägt waren – einiges daran kann ich als gelungen betrachten, anderes erwies sich als wenig produktiv. Teilweise wurden die Feedback-Runden, zum Beispiel die Abschlussdiskussion in der Station 20, aus terminlichen Gründen auch so lange verschoben, dass sie gar nicht mehr stattfinden konnten.

Trialogische Fokusgruppe, Expertinneninterviews und eine ›lose Blattsammlung‹ analysieren

Der zweite Block an empirischem Material, auf den ich mich in dieser Arbeit beziehe, kommt einer temporären ko-laborativen Zusammenarbeit näher und ist eine trialogische Fokusgruppe, in der wir »Rolle und Kompetenzen« von Genesungsbegleiterinnen diskutierten. Initiiert und ermöglicht durch Sebastian von Peter, wurden Thesen aus meiner Master-Arbeit[35] in einer Fokusgruppe diskutiert, die sich aus acht Teilnehmern mit unterschiedlichen Funktionen und Hintergründen

34 In diesem Fall war die Glaskanzel ein abgeschlossener kleiner Raum mit Glasfenstern zum Flur hin, sodass die innen sitzende Mitarbeiterin nach außen blicken kann ohne in direktem Kontakt zu stehen.

35 In dieser habe ich mich bereits mit dem aufkommenden Berufsfeld Genesungsbegleitung beschäftigt (Schmid 2013).

zusammensetzte (drei Teilnehmer hatten Erfahrung mit eigenen psychischen Krisen, eine Teilnehmer war Angehörige einer Person mit Psychiatrieerfahrung; daneben nahmen zwei Psychologen, ein Psychiater und ich an den Gruppentreffen teil). Über einen Zeitraum von mehr als einem Jahr (ab Januar 2016) traf sich die Gruppe insgesamt viermal. Die Teilnehmerinnen mit Erfahrung waren alle als Genesungsbegleiterinnen in stationärer, aber auch komplementärer Versorgung tätig. Im Anschluss habe ich (und teilweise meine studentische Hilfskraft Sara Bartz) das Diskussionsmaterial transkribiert, und dieses wurde in drei Kleingruppen gemeinsam interpretiert. Das heißt, jeweils eine Person, die empirisch-qualitative Auswertungsmethoden bereits erlernt hatte (neben mir selbst noch die beiden Psychologinnen und der Psychiater) und eine mit Psychiatrieerfahrung beschäftigten sich gemeinsam mit der Diskussionstranskription und analysierten diese, indem einzelnen Passagen thematisch codiert wurden (sowohl händisch als auch mithilfe der Software MAXQDA). Entlang der Mayring'schen qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 2008) wurden Codes wie beispielsweise »körperliche Nähe« zunächst in einem Zweierteam entwickelt, dann beschrieben und in der Gesamtgruppe diskutiert, um in einem zweiten Schritt von den anderen beiden Zweierteams angewendet zu werden. Mit diesem »multiple coding«-Ansatz (Bergold 2012) versuchten wir alle beteiligten Personen und damit verschiedene disziplinäre Perspektiven einzubeziehen und insbesondere die Fragestellungen der Genesungsbegleiter (die nur teilweise einen wissenschaftlichen Ausbildungshintergrund hatten) in die Auswertung einfließen zu lassen.

Die Ergebnisse wurden in den zwei folgenden Sitzungen erneut gemeinsam diskutiert. Aus dieser ko-laborativen Diskussions- und Analysearbeit entstand ein gemeinsam verfasster Artikel über die professionelle Rolle von Genesungsbegleitern und ihre spezifischen Fähigkeiten (Heumann et al. 2018). Insbesondere die Verschriftlichung der Ergebnisse war ein Prozess, bei dem unterschiedliche disziplinäre Konventionen und Prioritäten ebenso wie die unterschiedlichen Positionen und Bedingungen der Teilnehmerinnen deutlich hervortraten. Dieser vom ersten Treffen der Fokusgruppe bis zur Fertigstellung des Artikels etwa eineinhalb Jahre andauernde Prozess ist ein Versuch von geteilter Produktion, geteilter Analyse und geteilter Interpretation empirischen Materials bis hin zu geteilter Verschriftlichung. Bei dieser wiederholten kollektiven Diskussion wurden einige kulturanthropologische Analyse-Ideen verworfen, andere aber auch aufgegriffen. Aspekte, die ich zu Beginn als bedeutend erachtete, wurden für weniger wichtig befunden, und umgekehrt tauchten im Verlauf neue Diskussionsaspekte auf. Die relativ großen Abstände zwischen den Treffen (bis zu sechs Monate) führten einerseits zur distanzierten Neubetrachtung der Themen, andererseits aber auch zu Distanzierungen von eigenen (ehemaligen) Positionen der Teilnehmer. Am dauerhaftesten erwies sich tatsächlich der kollektive Schreibversuch, da hier verschiedene disziplinäre Schreibtraditionen ebenso aufeinandertrafen wie inhaltliche Stand-

punkte – so kreuzte sich die aktivistische Idee, Genesungsbegleitung zu fördern und aus diesem Grund einen Konsens zu finden, so manches Mal mit der Idee von epistemischer Zusammenarbeit, bei der Differenzen in den Standpunkten erhalten bleiben. Für die Umsetzung dieses Formats der Ko-laboration waren nicht nur die Bereitschaft aller Beteiligten zur zeitaufwendigen (und mit Reisen verbundenen) Zusammenarbeit, sondern auch verschiedene infrastrukturelle Voraussetzungen und Ressourcen unabdingbar: Sowohl die Angliederung der Fokusgruppe an psychiatrische Institutionen, die Genesungsbegleiterinnen anstellen, als auch die Möglichkeit, dass drei Beteiligte sich trotz fehlender Zusatzfinanzierungen aufgrund ihrer universitären Anbindungen intensiv mit der Textproduktion beschäftigen konnten, bildeten die Grundlage für die Umsetzung dieser temporären Kolaboration. In diesem Buch greife ich Aspekte aus dieser Zusammenarbeit auf und betone dennoch meine eigene Perspektive auf diese Diskussionen – diese Dissertation ist im Gegensatz zum entstandenen Artikel (Heumann et al. 2018) nicht multivokal.

Der dritte Materialkörper dieser Feldforschung besteht aus 13 teilstandardisierten Experteninterviews (Helfferich 2009) im Umfang von jeweils einer bis maximal zweieinhalb Stunden mit verschiedenen Akteurinnen rund um Genesungsbegleitung. Die Interviewten besetzten politische Ämter, Forschungs- und oder Leitungspositionen in Kliniken an verschiedenen Standorten in Deutschland. Diese an einem Leitfaden orientierten Interviews habe ich zwischen Oktober 2016 und März 2017 durchgeführt. In ihnen habe ich versucht, zusätzliche Bezüge zu versorgungspolitischen und administrativen Entwicklungen für das Feld Genesungsbegleitung in die Betrachtungen einzubeziehen. Die Mehrheit der Gesprächspartnerinnen waren und sind Genesungsbegleitung gegenüber positiv eingestellt – das entwickeltet sich vor allem aus der Prämisse präsente und wichtige Akteure in den aktuellen Entwicklungen um Genesungsbegleitung zu interviewen.

Über den gesamten Zeitraum der Dissertation habe ich Dokumente, Mission Statements und andere Manifestationen der Entwicklungen um Genesungsbegleitung gesammelt und Zeitungstexte sowie andere Erwähnungen von Genesungsbegleitung mit Google Alerts[36] verfolgt. Es entstanden auch immer wieder einzelne und von den Kliniken unabhängige Situationen für Teilnehmende Beobachtungen und vereinzelte Gruppen- und Einzel-Interviews, die sich aus meinen Vortragstätigkeiten oder dem Besuch anderer Forschungsgruppen entwickelten.

Das Kennenlernen verschiedener Genesungsbegleiterinnen (durch Vereine und Gruppen) führte auch zu einem gemeinsamen Projektantrag, zu Einladungen in ein Seminar am Institut für Europäische Ethnologie sowie zu meiner Mitgliedschaft im Verein exPEERienced e. V. Dieser Verbund aus vereinzelten Feldnotizen,

36 Google Alert ist eine Möglichkeit, sich über Google benachrichtigen zu lassen, sobald ein bestimmtes Thema im Netz erwähnt wird.

Interview Transkripten und Dokumenten bildet einen eher losen vierten empirischen Materialkörper. Die zeitliche Abfolge, in der die drei primären Materialblöcke entstanden, ist wesentlich. Auf die erste Phase der *negotiated interactive observation*, folgte eine intensive Zeit der theoretischen Auseinandersetzung. Anschließend begann die Arbeit der trialogischen Fokusgruppe, aus deren Diskussionen sich die Veränderungen für erste Hypothesen ergaben. Zeitgleich stieg ich erneut in eine *negotiated interactive observation* ein. Nach einer Phase erster empirischer Auswertung folgten die Experteninterviews als Abschluss der empirischen Datenerhebung.

Diese empirischen Materialblöcke, Feldnotizen, Interviewtranskriptionen[37], Transkriptionen der Fokusgruppen[38], Mission Statements und andere Dokumente habe ich mithilfe der Software MAXQDA organisiert und bearbeitet. Dabei habe ich mich an der, weit verbreiteten und ursprünglich von Barney Glaser und Anselm Strauss (Glaser und Strauss 1999) entwickelten, *Grounded Theory Method* (GTM) orientiert:

> The term refers to both research product and the analytic method of producing it […] The grounded theory method begins with inductive strategies for collecting and analysing qualitative data for the purpose of middle-range theories. (Charmaz 2008, 397)

Die Geschichte der *Grounded Theory Method* ist lang und konfliktbeladen, von Diskussionen um ihre Umsetzung bis zur Entzweiung der beiden Gründerväter der *GTM* (Strauss und Corbin 1996; Glaser und Holton 2004). Ich werde hier nicht weiter darauf eingehen. Stattdessen behandle ich sie in dieser Arbeit vor allem als Taktik empirische Material zu kreieren und meine Daten zu organisieren und zu untersuchen, nicht als Weg zu einer objektiven Realität (Charmaz 2008). Auch habe ich mich zwar an den innerhalb der *GTM* vorgeschlagenen Abläufen verschiedener Modi des Codierens orientiert. Allerdings habe ich zum Großteil alleine, und nicht in einem Team, wie es nach *GTM* auszuführen wäre, das empirische Material codiert (Strauss und Corbin 1996). Entsprechend begann ich die Analyse des empirischen Materials mit einer Phase des Offenen Codierens, eine zweite Phase der Reduktion des Codebaums und selektiven Codierung folgte darauf. Zeitgleich entwickelte ich mit theoretischen Memos erste Hypothesen und generierte Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Codes. Aus den theoretischen Memos heraus entwickelte ich weiterführenden theoretische Überlegungen und meine Kon-

37 Teilweise wurden Interviews von meiner studentischen Hilfskraft Sarah Bartz transkribiert.

38 Das heißt, neben der oben erwähnten gemeinsamen Analysearbeit in der Gruppe entlang der Mayring´schen Inhaltsanalyse habe ich die empirischen Daten ein zweites Mal alleine ausgewertet.

zepte zu Praktiken des *kanalisierenden* und *erweiternden Reflektierens* (siehe Teil III, S. 135ff.).

Informed consent im Kontext einer Feldforschung in psychiatrischen Kliniken

Gerade die vereinzelten Feldnotizen aus unterschiedlichen Kontexten und Orten – aber auch die *negotiated interactive observation* in den Kliniken – erzeugen Schwierigkeiten in Bezug auf die Umsetzung medizinisch-ethischer Richtlinien und Regeln in dieser Forschung. Das *sine qua non* ethischer Richtlinien in medizinischer Forschung über und mit Menschen, der *informed consent,* bietet keine ausreichende Antwort auf die Frage nach der ethischen Umsetzung einer Forschung unter den Bedingungen und epistemischen Grundlagen von Feldforschung, wie ich im Folgenden ausführen werde. Zunächst jedoch einige Bemerkungen zum *informed consent* selbst:

> It is a key principle of the Nuremberg Code, perhaps the best known of all codes of ethics, drawn up by judges at the end of the Nuremberg Trials in 1946, and of the subsequent Declaration of Helsinki, drawn up by the World Medical Association in 1964 and regularly updated ever since, most recently in 2000. Informed consent has been incorporated in the national legislation in most industrialised countries, and its influence has spread well beyond research in medicine to reach virtually all areas of research on human participants, appearing in the codes of practice of most professional organisations, funding agencies and institutions engaged with such research. (Boulton und Parker 2007, 2187)

Ob ein »informiertes Einverständnis« (meine Übersetzung) zu Forschungen vorliegt, wird in den meisten (biomedizinischen) Ethikrichtlinien über folgende drei Grundprinzipien festgestellt: Erstens müssen den Forschungsteilnehmerinnen alle Informationen, die potenziell entscheidungsrelevant sind, zur Verfügung stehen und verstanden werden. Zweitens muss die Teilnahme freiwillig sein. Drittens muss die Person, die ihr Einverständnis gibt, in der Lage und mündig sein, dieses zu geben (Boulton und Parker 2007). Dass diese Kriterien unterschiedliche Interpretationen geradezu herausfordern, liegt aus kulturanthropologischer Perspektive nahe – und in der Tat ist die Deutung und Ausgestaltung von *informed consent* vor allem in der qualitativen Sozialforschung äußerst strittig. Die Auseinandersetzung führt sowohl zu Forderungen nach einer strikteren Definition als auch zum Wunsch nach deren Lockerung (u.a. ebd.).

Ich habe die Anforderung des *informed consent* (siehe Anhang II) in allen transkribierten Interviews (Einzel- und Gruppeninterviews) in Form einer schriftlichen Erklärung umgesetzt. Innerhalb der Fokusgruppe gab es eine mündliche, aber auf dem Diktiergerät aufgenommene und anschließend transkribierte gemeinsame Einverständniserklärung. In Bezug auf *negotiated interactive observation* treten jedoch Grenzen des *informed consent* hervor, die eng mit dem Ursprung dieses ethischen

Kriteriums und den Anforderungen biomedizinischer Forschung in Zusammenhang stehen: Das im *informed consent* eingebettete biomedizinische sowie methodisch-quantitative Paradigma geht u.a. von deduktiven Fragestellungen und einer daraus folgenden Zukunftsgerichtetheit aus (Strathern 2000). Der ungewisse und offene Charakter qualitativer Forschung macht ein informiertes Einverständnis in dieser biomedizinischen Manier praktisch unmöglich. Bei meinen *negotiated interactive observations* in den Kliniken wie an anderen Orten konnte ich vorab weder genau sagen, welche Personen – wenn auch nur am Rande – Teil dieser Beobachtungen werden, noch die Fragestellung (und daraus folgende Risiken für die Teilnehmenden Personen) so eingrenzen, dass es für einen *informed consent*, wie ein interdisziplinäres Ethikkomitee ihn möglicherweise einfordern könnte, genügt hätte. Außerdem richtet sich *informed consent*, wie Klaus Hoeyer und seine Mitautoren schreiben, auf die Rechte des Individuums und weniger auf Gruppenverpflichtungen und politische Effekte von Forschung (Hoeyer, Dahlager und Lynöe 2005, 1744).[39]

Einen formalen Ethikantrag beziehungsweise ein interdisziplinäres Ethikkommitee gab es in meinem Fall nicht. Ein hausinternes Ethikgespräch und eine Selbstverpflichtung auf den Verhaltenskodex der *American Anthropological Association* (AAA) gab es; zusätzlich war und bin ich über die vertraglichen Regelungen mit den Kliniken zur Wahrung von Anonymität und zum Schutz der beteiligten Personen verpflichtet. Dennoch scheint mir retrospektiv erstaunlich, dass in Deutschland – dem Land, das mit den nationalsozialistischen Verbrechen Anlass für die *Declaration of Helsinki* und die ursprüngliche Entwicklung des *informed consent* gegeben hat – diese Richtlinie nur wenig in die geisteswissenschaftliche Forschung vorgedrungen ist.

Auch in Frankreich – im Gegensatz zu angloamerikanischen Forschungsumständen – scheint der *informed consent* in der Sozial- und Kulturanthropologie wenig verbreitet, wie Didier Fassin schilderte: »[E]thics was considered to be embodied in the anthropologist or sociologist, whose moral integrity and scientific rigor were sufficient guarantee of respect for ethics.« (Fassin 2006, 522.) Wie Fassin in seinen weiteren Ausführungen forderte, würde auch ich dafür plädieren, dass die offensichtliche Lücke mit einem eigenen, neuen Modell ethischer Richtlinien aus den Sozialwissenschaften gefüllt werden muss (Fassin 2006, 524). Die alleinige Idee eines ethisch und moralisch integren Anthropologen, der *informed consent* unnötig

39 Darüber hinaus werden für die Schwierigkeiten des informed consent bei qualitativen Arbeiten noch andere Argumente ins Feld geführt, die in meinem Fall jedoch nur eine geringere Rolle gespielt haben. Didier Fassin verwies beispielsweise darauf, dass sich die Grenzen zwischen Forschung und Nicht-Forschung in einer Ethnografie nicht immer deutlich ziehen lassen (Fassin 2006).

macht, scheint überholt, schließt aber an einen Aspekt an, den ich nicht für überholt halte. Ethisches Vorgehen lässt sich in Bezug auf Feldforschung nicht anhand einer einmaligen Entscheidung und formalen Festlegung abhandeln (du Toit 1980; Fassin 2006; Boulton und Parker 2007; Parker 2007; Long, Hunter und Geest 2008). Soziale Beziehungen zwischen Forschenden und Informantinnen verändern sich über den Zeitraum der Forschung, und die Grundsätze müssen immer wieder neu verhandelt werden.

TEIL II

Mit Erfahrung: Erfahrungen – Reflexivitäten – Expertisen relationieren

> Es geht ja nicht darum, einfach nur seine Erfahrungen einzubringen. Das können viele. Also das könnte ja dann jeder, der eine psychische Krise durchlitten hat und das ist ja fast jeder (lachend) auf der Welt, wenn man es überspitzt sagt. Sondern ich glaube schon, dass sie [die Genesungsbegleiterinnen, CS] diese Erfahrung auch in besonderer Weise reflektiert haben müssen und in besonderer Weise Kenntnisse erworben haben müssen, die ihnen auch helfen, den therapeutischen Ansatz und die theoretischen Überlegungen hinter diesen therapeutischen Ansätzen zu verstehen, um dann tatsächlich mitarbeiten zu können. (EI 8; 22.02.2017)

In diesem Gesprächsauszug nannte ein Psychiater drei Dimensionen, die in Verknüpfung die Grundlage meiner Interpretationen formen: Im Zentrum von Genesungsbegleitung stehen nicht ›nur‹ Erfahrungen, sondern »reflektierte Erfahrungen« (ebd.) im Zusammenspiel mit Kenntnissen über »therapeutische Ansätze« (ebd.). Sie bilden nach Ansicht dieses Experten die wesentliche Grundlage von Genesungsbegleitung. Die Triade *Erfahrung – Reflexivität – Expertise* taucht in sehr unterschiedlichen Varianten in einer Vielzahl meiner empirischen Materialien auf. Insbesondere Erfahrung ebenso wie Erfahrungsexpertise sind Wörter, die alltäglich im Feld verwendet werden. Allein in einem halbstündigen Gruppeninterview, das ich mit einer Psychosegruppe geführt habe, fielen »Erfahrung« und »erfahren« 77-mal (GI III; 26.05.2015). Ebenso werden *Erfahrung – Reflexivität – Expertise* in den Diskussionen über Genesungsbegleitung aufgegriffen; beispielsweise in einem Radiobeitrag, in dem die *EX-IN*-Weiterbildung, folgendermaßen zusammen-

gefasst wurde: »Wir schulen die Fertigkeit, über die eigene Erfahrung zu reflektieren« (Fiedler 2018).

Damit nehmen drei polysemantische und umstrittene Begriffe – *Erfahrung – Expertise – Reflexivität* – eine prominente Stellung in den empirischen Materialien dieser Forschung ein. Wie bereits in Kapitel 1 (S. 6ff.) ausgeführt, ist die Forschungsfrage, die ich an dieses Material stelle, in welchen Praktiken die spezifische Erfahrungsexpertise von Genesungsbegleiterinnen konkret im (teil-)stationären psychiatrischen Alltag in Kraft tritt. Meine Antwort in dieser Dissertation lautet: In verschiedenen *Praktiken des Reflektierens.* Die alltägliche »Mobilisierung von Erfahrung« (Beck 2009) und das Inkrafttreten von Erfahrungsexpertise im Kontext von Genesungsbegleitung, so die These, die ich in Teil III (S. 141ff.) dieses Buches ausarbeite, verläuft wesentlich entlang verschiedener Modi des Reflektierens. Also nehmen die Wörter – *Erfahrung – Expertise – Reflexivität* – sowohl in den empirischen Materialien als auch in meiner Analyse eine wichtige Position ein.

Jedoch, obwohl sich die Wörter *Erfahrung – Expertise – Reflexivität* innerhalb meiner empirischen Materialien und in meinem analytischen Vokabular doppeln, ist es wichtig festzuhalten, dass diese – als Begriffe – nicht deckungsgleich sind. Wie Paul Rabinow ausführte, werden ein Wort und ein Begriff allzu leicht verwechselt (Rabinow 2008, 6). Einen Begriff definierte er mit John Dewey als »a word + a concept + a referent« (ebd.). Diesem Verständnis entsprechend können die Wörter Erfahrung (Jay 2006, 12; Westphal 2013), Expertise (u.a. Collins and Evans 2002; Nowotny 2003a; Jasanoff 2003; Beck 2015a) und Reflexivität (Lynch 2000; Woolgar 1991) begriffliche Sammelbecken sein, gefüllt mit den verschiedensten – mitunter widersprüchlichen – Konzepten, Bedeutungen und situativen Bindungen. Damit meine ich nicht, dass Personen im Feld per se unreflektiert oder nicht theoretisch informiert über diese Begriffe sprechen. Erstens werden sie als Diskursformationen auch in einigen der schon in Kapitel 2 (siehe S. 38ff.) erwähnten Studien untersucht (auch wenn in diesem Rahmen noch keine praxistheoretischen Fassungen vorgelegt wurden). Zweitens gehe ich davon aus, dass das im Feld vorhandene sogenannte *paraethnografische* Wissen relevant ist und ernstgenommen werden muss (Holmes und Marcus 2008) (siehe auch Kap. 2.1, S. 50ff.). Und drittens gibt es im Kontext der *EX-IN*-Weiterbildung auch dezidierte Versuche einer Formalisierung und Theoretisierung der Erfahrungsexpertise von Genesungsbegleitern als *Wir-Wissen* (van Haaster 2012), die sich jedoch weitgehend auf den Weiterbildungskontext beschränken.

Allerdings steht in meiner Dissertation eine praxistheoretische Perspektive auf *Erfahrung – Expertise – Reflexivität* im Vordergrund, die sowohl andere Konzepte als auch Referenten impliziert als beispielsweise in der genannten Gruppendiskussion. Diese Sichtweise zielt darauf ab, Erfahrungsexpertisen auf ihre alltägliche soziale und materielle Generierung und Wirkung hin zu betrachten und so das einzelne, individuell authentische Subjekt zu dezentrieren.

Um in Teil III dieses Buches »Mit Erfahrung arbeiten – Praktiken des Reflektierens« nachzuzeichnen, wie aus meiner Sicht mit *Praktiken des Reflektierens* im Feld Genesungsbegleitung Erfahrungsexpertise gemacht *wird*, möchte ich zunächst Einblicke in verschiedene mögliche Verständnisse von Erfahrungen, Expertisen und Reflexivitäten geben. Im folgenden Teil II werde ich, in einem Themengebiet, in dem ein umfassender Forschungsstand angesichts der schieren Fülle und Komplexität unmöglich ist, eine Grundlage für meine Analyse legen. Zunächst in Kapitel 3 »Erfahrung als Konzept und Konzeption«, das eine Annäherung an den Erfahrungsbegriff ist, um dann in Kapitel 4 »Reflexion über Reflexion« zu einer Engführung meiner analytischen Perspektive zu führen. Dabei will ich keine Antwort auf die Frage geben, was Erfahrung oder Expertise oder Reflexivität *ist,* und dennoch werde ich die Begriffe – partiell und kursorisch, aber mit Fokus auf eine Auffächerung der Implikationen und Auswirkungen der jeweiligen Konzeptionen auf eine ethnografische Forschung – einführen.

Wie es Martin Jay in Bezug auf den Erfahrungsbegriff vorschlug, wähle ich einen partikularen und partialen Ansatz und folge disparaten Strängen, statt einen totalisierenden Blick einzunehmen (Jay 2006, 3). Das Vorhaben verschiedenen, unvollständigen Strängen statt eines einzelnen normativen Telos zu folgen oder einen einzigen wahren ontologischen Rahmen anzunehmen, klingt zunächst selbstverständlich für aktuelles kulturanthropologisches Arbeiten – insbesondere im Umfeld von *Science & Technology Studies*, die häufig als Gegenbewegung zum Reduktionismus wissenschaftlicher Texte und Auseinandersetzungen in ihrem Anspruch auf Allgemeingültigkeit beschrieben werden (u.a. Law 2002; Soler, Zwart und Lynch 2014). Und doch entbindet die Prämisse der Partialität jeglicher wissenschaftlichen Arbeit mich nicht davon, die Frage nach der Relevanz des eigenen theoretischen Zugriffs und deren Repräsentation zu stellen:

> So I am trying to say that representation tries to shape whatever it represents. But please do not misunderstand me. […] I am not saying that you can dream up any old story and expect it to be as good as any other representation. (Law 1994, 154)

So fasste John Law den oft missverstandenen Unterschied zwischen Kontingenz und Willkür im Zusammenhang mit der Repräsentation wissenschaftlicher Ergebnisse zusammen. Hier also meine Relevanzüberlegungen und -entscheidungen: Ich werde zunächst heuristisch in »Erfahrung als Instrument kulturanthropologischer Wissensproduktion« (Kapitel 3.1) und »Erfahrung als Untersuchungsgegenstand« (Kapitel 3.2) differenzieren, um der Leserin einen Einblick in das Konvolut an kulturanthropologischen Debatten zu geben. Im Anschluss werde ich mit »Erfahrung als Expertise« (Kapitel 3.3) Bewegungen in medizinanthropologischen Studien umreißen, die Erfahrungsexpertise zum Gegenstand haben und damit verstärkt auf das medizinanthropologische Hinterland dieser Forschung eingehen: Erfahrung als *experiential knowledge* (u.a. Borkman 1976; Blume 2017),

lay expertise (u.a. Epstein 1996; Collins und Evans 2009), *patient knowledge* (Pols und Hoogsteyns 2016) usw. werden in diesem Kapitel thematisiert. In Kapitel 4 werde ich mit »Reflexion über Reflexion« meine empirisch-analytische Perspektive heranholen: Zunächst durch eine Kontextualisierung kulturanthropologischer Reflexivitätsverständnisse und dann durch eine Klärung meines theoretischen Blickwinkel.

3 Erfahrung als Konzept und Konzeption – eine Annäherung an den Forschungsstand

In kulturanthropologischen Arbeiten werden Erfahrungen im[1] Feld gemacht, es wird methodisch mit[2] (sinnlichen) Erfahrungen gearbeitet, über[3] Erfahrungen geforscht, von[4] Erfahrung berichtet und vieles mehr.[5] [6] Oft bleibt dabei unklar, auf welcher dieser (oder anderer) Ebenen sich die jeweilige Auseinandersetzung mit Erfahrung bewegt (u.a. Stephenson und Papadopoulos 2006a). Die ›Erfahrung mit Erfahrung‹ ist im Fach Kulturanthropologie lang: Der Terminus hat in der Kultur- und Sozialanthropologie seine eigene Folgeliteratur inklusive konkurrierender Schulen hervorgebracht (Willen und Seeman 2012, 12) und wurde gar teilweise zum Ausgangspunkt jeglichen ethnografischen Arbeitens erklärt (Hastrup 1995, 79). Daher ist es schlicht nicht möglich, einen vollständigen kulturanthropologischen Forschungsstand zum Erfahrungsbegriff und seinen Verhältnissen zu Konzeptionen von Expertise zu verfassen (Stephenson und Papadopoulos 2006a; Willen und Seeman 2012): »For it will quickly become apparent to anyone seeking a meta-narrative of this idea's history that no such single story can be told« (Jay 2006, 2), resümierte der US-amerikanische Wissenschaftshistoriker Martin Jay die – weit über kulturanthropologische Debatten hinausgehende – Vielfalt des Begriffs und die Fülle an Auseinandersetzungen.

Diese Vielfalt und daraus folgende Unmöglichkeit, alle Erfahrungen mit einem universalen Begriff von Erfahrung zu verstehen, scheint zwar heute innerhalb der Kultur- und Sozialanthropologie anerkannt zu sein (Hampe 2000; Lotter 2000). Die Ethnologin Maria-Sybilla Lotter pries einen qualitativ differenzierten

1 Siehe u.a. Clifford 1983.

2 Vgl. u.a. Jackson 1983; Classen 1997; Pink 2010; Ingold 2011; Isenstadt 2013. Für eine Einführung siehe Vannini, Waskul und Gottschalk 2013.

3 Eine Einführung bieten Turner 1986; Willen und Seeman 2012.

4 Vgl. u.a. Geertz 1972, Clifford 1983, Carrithers 1988.

5 Dieser Satz bildet eine Ausnahme in Bezug auf die Regelung von Fußnoten und Literatur im Text, da er sonst unverständlich wäre.

6 In gewissem Umfang trifft diese Ineinanderschachtelung verschiedener Ebenen auch auf andere Disziplinen zu, beispielsweise die Geschichtswissenschaften (Scott 1991).

und partialen Erfahrungsbegriff sogar als Alleinstellungsmerkmal von Ethnologie an; er biete »eine Alternative gegenüber dem naiven Erfahrungsverständnis eines großen Teils der empirischen Soziologie […], die lange Zeit die Daten ihrer empirischen Erhebungen als schlichte, nicht weiter zu rekonstruierende ›Vorgegebenheiten‹ behandelt hatte« (Lotter 2000, 170). Allerdings deutet sich in diesem Zitat eine Problematik an, die sich durch viele Auseinandersetzungen zieht: Klare explizite Konzeptionen von Erfahrung bleiben selten, während sich latent bestimmte Verständnisse durch kulturanthropologische Auseinandersetzungen ziehen. Auch wenn ich Lotter dahingehend zustimme, dass sich ein partialer Erfahrungsbegriff in Bezug auf empirische Materialien weitestgehend durchgesetzt hat, liegt genau hier auch eine Problematik. Denn es mag zutreffen, dass die Situiertheit, Partialität und Gemachtheit von Feldforschungserfahrungen als Grundlage von kulturanthropologischer Wissensproduktion anerkannt ist, dennoch scheinen mir in Bezug auf andere Dimensionen von Erfahrung – zum Beispiel als analytisches Konzept in Ethnografien, als Gegenstand von Untersuchungen, in seinen Verwicklungen mit der Methode der Teilnehmenden Beobachtung usw. – noch große Lücken zu herrschen (vgl. u.a. Beck 2015a). Trotz der Anerkennung der Pluralität von Erfahrungen sind sie zugleich im ›toten Winkel‹ vieler Ethnografien (Throop 2003; Zigon und Throop 2014). Wie der Anthropologe Jason Throop ausführte, herrscht ein erstaunliches Missverhältnis zwischen Proliferation von Auseinandersetzungen mit Erfahrung einerseits und einem Mangel an konzeptioneller Klarheit andererseits:

> Indeed, experience has become a central construct for a number of divergent perspectives in anthropology, including feminist theory, phenomenological anthropology, psychological anthropology, medical anthropology and critical ethnography. In all of these approaches, while the importance and centrality of experience is evident, the definition and operational properties of the construct remain largely elusive. This lack of conceptual clarity seems rather surprising given that these theoretical perspectives often look to experience not only as a central area of investigation, but also as the ground upon which all later speculation, description, and explanation are erected. (Throop 2003, 220)

Auch für das angrenzende Fach Soziologie konstatierte Tanja Bogusz jüngst, dass ihm ein methodisch und theoretisch ungesättigter und unzureichender Erfahrungsbegriff zugrunde liege. In ihrer Habilitationsschrift *Experimentalismus und Soziologie – Von der Krisen- zur Erfahrungswissenschaft* arbeitete sie dieses Forschungsdesiderat aus:

> Ausgerechnet das Fach, das sich auf die Fahnen geschrieben hat »Erfahrungswissenschaft« zu sein, verfügt erstens über keinen erkenntnisleitenden Erfahrungsbegriff. Dies betrifft sowohl die Ebene der phänomenalen Beschreibung (Erfah-

> rung als Beobachtungskategorie), als auch die Ebene der Gegenstandskonstitution (Beitrag von Erfahrung zu soziologischer Erkenntnis). (Bogusz 2018, 18f.)

Sie entwickelte aufbauend auf dieser fundamentalen Lücke das Konzept eines soziologischen Experimentalismus, der sowohl: »Rückkopplungseffekte soziologischer Erkenntnisverfahren auf die Konstitution der durch sie generierten Untersuchungsgegenstände sichtbar […]« (Bogusz 2018, 19), mache, als auch umgekehrt die Wirkung gesellschaftlicher Problemstellungen auf soziologische Problemlösungsstrategien aufzeige (ebd.).

Nichtsdestotrotz scheint Erfahrung trotz dieser Hinweise auf deren unzulänglicher Theoretisierung schon vor diesen Auseinandersetzungen in den vergangenen zehn bis zwanzig Jahren (erneut) den Stellenwert eines zentralen analytischen Rahmens kulturanthropologischer Forschung erlangt zu haben.

> Even when insufficiently conceptualized in itself, experience became for many ethnographers the mediating lens through which otherwise opaque relationships, for instance between disease and political economy (Farmer 1992) or personal suffering and cultural category (Good et al. 1992; Young 1995) – could be described and analyzed.« (Willen und Seeman 2012, 12)

Niamh Stephenson und Dimitris Papadopoulos befanden vor einigen Jahren, dass gerade jenes Übermaß an Betonung von Erfahrung zu einer Art konzeptuellem Vermeidungsverhalten führe, weshalb sie – obwohl als Referenzrahmen oder zentrale Optik in vielen ethnografischen Auseinandersetzungen enthalten – gegenwärtig praktisch nie zu einem dezidierten Untersuchungsgegenstand sozialwissenschaftlicher Auseinandersetzungen werde:

> Representing experience is not only a contested project without guarantees, it has become virtually impossible, an almost futile enterprise. (Stephenson und Papadopoulos 2006a, XIV)

Schwierigkeit und Notwendigkeit, sich mit dem Begriff Erfahrung auseinanderzusetzen gehen Hand in Hand: Erfahrung ist noch immer ein disziplinäres Dilemma, eine »asses' bridge all must cross«, wie Clifford Geertz (2001, 375) es beschrieb. Die »asses' bridge«[7] scheint dabei bemerkenswerter Weise sowohl in diesem englischsprachigen Sinne – als Aufgabe, an der sich die Spreu vom Weizen trennt – als auch in der wortwörtlichen deutschsprachigen Übersetzung der »Eselsbrücke« – im Sinne einer Hilfskonstruktion – eine Metapher für das kulturanthropologische Rätsel um Erfahrung zu bieten.

7 Die »asses‹ bridge« bezieht sich wahrscheinlich auf Euklids fünften Vorschlag im Buch der Elemente – und damit den Einstieg in die höhere Mathematik, der meistens nicht mehr Teil mittelalterlicher Ausbildung war. (The Bridge of Asses | Geometry n.d.)

Ich bin dabei der Ansicht, dass es ebenso brisant wie notwendig ist, sich einen Weg durch die chaotischen Verhältnisse um Erfahrung zu bahnen – mit der notwendigen Klarheit gegenüber den Auslassungen, die eine Annäherung zwangsläufig mit sich bringt (u.a. Jay 2006). Das bedeutet sicherlich nicht, dass es keine kulturanthropologischen Arbeitsdefinitionen von Erfahrung gäbe – auf manche werde ich in Kapitel 3.2 (siehe S.98ff.) genauer eingehen (u.a. Zigon und Throop 2014). Im medizinanthropologischen Kontext findet sich, besonders in den 90er Jahren, eine ganze Reihe solcher Arbeitsdefinitionen, so etwa bei Arthur und Joan Kleinman (1991), Unni Wikan (1991), Byron Good (1993), Robert Desjarlais (1994, 1997), Thomas Csordas (1995), Cheryl Mattingly (1998), Victor Turner und Edward M. Bruner (2001) sowie Jason Throop (2003). In den vergangenen zehn Jahren sehe ich eine Tendenz, die Suche nach Definitionen von Erfahrung einzuklammern und stattdessen offene Beschreibungen zu bieten, die viele Assoziationen ermöglichen (Seeman 2012, 12). Dies führt dann – tendenziell – zu sehr umfassenden und diffusen Erfahrungsbegriffen, wie beispielsweise in einer jüngeren Sonderausgabe der Zeitschrift *Ethos* zum Erfahrungsbegriff zu lesen ist:

> […] but we approach experience in this collection ecumenically, as an open-ended point of departure for robust ethnographic inquiry into the fullness, complexity, and indeterminacy of human life, both individual and collective, as it unfolds in space, over time, across moods and modes, and within multidimensional local worlds that are defined as much by their biographical and embodied particularity as by their intersubjective grounding. (Willen und Seeman 2012, 5)

Auch wenn ich mich einem offenen Erfahrungsbegriff grundsätzlich anschließe (und selbst auch keineswegs eine enge Konzeption des Erfahrungsbegriffs anbiete), möchte ich darauf hinweisen, dass solche breiten Ansätze den Blick dafür verstellen können, wie, wo, wann genau in der jeweiligen Ethnografie welche Erfahrungsverständnisse relevant werden. Auch wenn ich es für sinnvoll halte, Erfahrung nicht nur entweder als subjektives oder intersubjektives Phänomen zu betrachten, nur deren zeitliche oder räumliche Aspekte zu konzipieren, nur als Feldforschungserfahrung oder Analysebegriff zu verstehen usw., vernachlässigt ein offener Ansatz häufig die jeweils implizierten Effekte und Wirkweisen. Mein Anliegen ist es jedoch genau der alltäglichen Wirkmacht von Erfahrung als Expertise auf die Spur zu kommen, wenn ich ausarbeite, wie psychiatrische (Krisen-)Erfahrungen im teilstationären Versorgungsalltag wirksam werden. Eine differenzierende Annäherung an unterschiedliche Konzepte ist daher unerlässlich, um Trajektorien nachzuzeichnen und deren Implikationen hervorzuheben.

Zunächst werde ich mich in Kapitel 3.1 »Erfahrungen als Instrument kulturanthropologischer Wissensproduktion« dem Thema von verschiedenen kulturanthropologischen Rändern ausgehend nähern: Ich beginne dabei mit einer kursorischen fachgeschichtlichen Rückschau auf den Ethnografen als »feldfor-

schenden Theoretiker« und der Verknüpfung zwischen (Feldforschungs-)Erfahrungen und der empirischen Methode der Teilnehmenden Beobachtung. Dieses Zusammenspiel ist noch immer einer der wichtigsten Grundlagen für ethnografisches Forschen (u.a. Rabinow 2011). Im Anschluss gehe ich auf zwei zentrale, disziplinäre Kritiklinien an »Erfahrung als Instrument von Wissensproduktion« ein. Zum einen auf Kritiken an der Repräsentation von Erfahrung in Texten, wie sie im besonderen während der *Writing Culture Debatte* angestoßen wurden und zum anderen auf Erfahrung als kulturell und historisch bedingtes – also nicht universelles – Phänomen. Anhand beider Kritiklinien (und ihren verschiedenen Ansatzpunkten) lassen sich einige, andernfalls implizit bleibende Merkmale bestimmter Erfahrungskonzepte nachzeichnen.

In Kapitel 3.2 wende ich mich dann zwei, meiner Ansicht nach, häufigen Umgangsstrategien in kulturwissenschaftlichen Auseinandersetzungen mit Erfahrung zu und damit der Frage, was untersucht wird, wenn Erfahrungen Gegenstand kulturanthropologischer Forschungen sind. Erstens betrachte ich – anhand des Doppels *narrative/gelebte Erfahrung* – Formen, in denen bestimmte Modi von Erfahrung ins Zentrum des Forschungsinteresses gestellt werden. Zweitens verfolge ich die Umkehrung dieser Strategie, nämlich Auseinandersetzungen, die ein bestimmtes Schlüsselmerkmal in allen Erfahrungen zum Untersuchungsgegenstand und universellen Merkmal von Erfahrung machen.

In Kapitel 3.3 widme ich mich schließlich dem Zusammenhang von Expertise und Erfahrung im Feld medizinanthropologischer Studien, um mit Jeanette Pols und Maartje Hoogsteyns zu einem Blickwinkel zu gelangen, der statt eines alleinigen Durchlebens von Erfahrung zu einem Verständnis von »Erfahrung *mit* etwas haben« führt (Pols und Hoogsteyns 2016, Übersetzung CS).

Diese Gliederung *ad interim* ist ein Hilfskonstrukt: Manche Akteure der wissenschaftlichen Debatten erscheinen in mehreren Unterkapiteln. Die Frage danach, wie Erfahrungen Teil ethnografischer Methoden sind, wirft ebenso die Frage danach auf, was eigentlich darunter verstanden wird und untersucht werden soll. Argumentationslinien zu Authentizität und Unmittelbarkeit wiederholen sich. Die Trennung von Erfahrung als Instrument, als Gegenstand von Forschung und im Kontext einer bestimmten Forschungsrichtung kann in vielerlei Hinsicht nicht aufrechterhalten werden. Aber sie ermöglicht es, einige grundsätzliche Orientierungspunkte auszuarbeiten, die es erleichtern, sich im Chaos zurechtzufinden.

3.1 Erfahrungen als Instrument kulturanthropologischer Wissensproduktion

Fachgeschichtliche Rückblicke: »You are there, because I was there«

> Of all the human sciences and studies anthropology is most deeply rooted in the social and subjective experience of the inquirer. (Turner und Bruner 2001, 333)

Der vielleicht – aus heutiger Perspektive – offensichtlichste Zusammenhang zwischen Erfahrungen und kulturanthropologischem Forschen bezieht sich auf die Feldforschung (u.a. Clifford 1983a; Hess und Moser 2013). Denn Feldforschung und insbesondere die Methode der Teilnehmenden Beobachtung, die häufig als Alleinstellungsmerkmal des Fachs Europäische Ethnologie/Kultur- und Sozialanthropologie/Volkskunde gehandelt wird (Kaschuba 2003; Hess und Schwertl 2013), basiert spätestens seit den 1930er-Jahren grundsätzlich auf der Erhebung eigenen Datenmaterials inklusive der Aufzeichnung eigener Erfahrungen vor Ort (Clifford 1983, Malinowski 2001; Malinowski 2003).

Bronislaw Malinowski, dem die Erfindung der Teilnehmenden Beobachtung als wissenschaftliche Methode zugeschrieben wird (u.a. Clifford 1983), war maßgeblich an dieser Entwicklung beteiligt. Im Jahr 1914 reiste er nach Papua-Neuguinea (damals Papua), und der Ausbruch des Ersten Weltkriegs verhinderte seine Rückreise, sodass er 19 Monate dort lebte. Seine weithin bekannte Monografie *Argonauten des westlichen Pazifik* (Malinowski 2001) baut auf dieser Feldforschungszeit auf. Obwohl er weder der Erste (u.a. Boas 1911) noch der Einzige war (u.a. Mead 2001), der Teilnehmende Beobachtungen zu seiner Zeit umsetzte, steht Malinowskis Feldforschung für eine paradigmatische Wende der anthropologischen Erkenntnispraxis: Vom »Lehnstuhl-Ethnologen« (Stocking 1994, Übersetzung CS), der empirisches Material aus zweiter Hand bearbeitet – das zum Beispiel von Reisenden oder Missionaren stammt – hin zum Feldforschenden vor Ort, der selbst empirisches Material generiert (u.a. Clifford 1983; Breidenstein 2013, Schmid und von Peter 2019).

(Feldforschungs-)Erfahrungen erscheinen disziplingeschichtlich als Basis der Methode der Teilnehmenden Beobachtung mit dem Argument, durch die Anwesenheit des Forschenden im Feld eine ›Zunahme von Erfahrungen‹ zu erzielen (Lotter 2000). Der Sozial- und Kulturanthropologe James Clifford führte aus, wie sich die Teilnehmende Beobachtung zwischen den Jahren 1920 und 1950 als zentrale Methode ethnografischen Arbeitens etablierte und mit einem spezifischen Modus der Autoritätsproduktion, der »experiential authority« (Clifford 1983, 118), verknüpft wurde. In der Figur des wissenschaftlich-anthropologischen Feldforschers, dem »fieldworker-theorist« (ebd.) vereine sich persönliche Erfahrung vor Ort und wissenschaftliche Analyse (Clifford 1983, 127). Die Lektüre der Ethnografie ersetze den

Aufenthalt vor Ort und der Anthropologe vollziehe diesen stellvertretend für die Leserinnen: »You are there, because I was there« (Clifford 1983, 118). Mit diesen an die Leserin gerichteten Worten fasste Clifford den Autoritätsmodus von *experiential authority* zusammen. Dadurch, dass der Anthropologe vor Ort war und seine eigenen Feldforschungserfahrungen gemacht habe, wisse er, wovon er spreche. Das heißt auch, dass er sowohl als Person vertrauenswürdig als auch als Wissenschaftler anerkannt sein müsse (ebd.). Schlussendlich hänge die Wirkung einer Ethnografie davon ab, ob die feldforschende Person ihre Leser erfolgreich davon überzeuge, dass sie ›da gewesen‹ sei (u.a. Carrithers 1988).

Diese damals neuartige, in Personalunion vollzogene Einheit aus Datenerhebung und -interpretation in der Figur des Feldforschenden ermögliche nach Clifford neue Abkürzungen zum Verständnis von (überseeischen) Kulturen über das subjektive Erleben des oder der Einzelnen hinaus, beispielsweise durch theoretische Abstraktion oder Fokussierung einzelner Institutionen oder Themen (Clifford 1983). Für Clifford war dieser Modus der *experiential authority* historisch vor allem in den Anfängen bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts angesiedelt. In seiner genealogischen Metadiskussion führte er anschließend weiter zu neuen und anderen Modi der Autorität ethnografischen Wissens, namentlich *interpretative authority*, *dialogical authority* und *polyphonic authority* (ebd., 134ff.). Dennoch begleitet der Modus der *experiential authority*, mit dem die Teilnehmende Beobachtung seit ihrer Entstehung verknüpft ist, ethnografische Auseinandersetzungen weiterhin – seiner Ansicht nach zumindest bis zum Erscheinen des Textes in den 1990er Jahre – meiner Ansicht nach auch heute noch. Aus der Feldforschung und deren Erfahrungscharakter beziehen Ethnografien noch immer Autorität (u.a. Rabinow 2011), wenn auch unter neuen Vorzeichen: In einem Fach, dass sich disziplinär in vielerlei Hinsicht kritisch mit der eigenen Autoritätsproduktion auseinandergesetzt hat, zum Beispiel durch feministische Kritik, Wissenschafts- und Technikforschung usw., musste sich (glücklicherweise) die Form des Rückbezugs auf die Feldforschungserfahrung ändern. Auch die Bedingungen der Feldforschung sind heute im digitalen Zeitalter[8] verändert; die persönliche Anwesenheit des Forschenden vor Ort ist beispielsweise keine notwendige Voraussetzung aller Feldforschungserfahrungen (u.a. Beaulieu 2010; Kozinets 2010).[9] Nichtsdestotrotz tauchen Aspekte des Modus

8 Zur Kritik am Primat des lokalen Forschens im digitalen Zeitalter siehe unter anderem Michi Knechts Artikel ›Vor Ort‹ im Feld? Zur Kritik und Reakzentuierung des Lokalen als europäisch-ethnologischer Schlüsselkategorie« (Knecht 2010).

9 Wie die Soziologin Christine Hine in Bezug auf Internetethnografien ausführt, bezieht sich das »Being there« nicht nur auf eine physische Anwesenheit der Ethnografin sondern vor allem auf eine ethnografische Präsenz, die – auch bei Internetethnografien – darauf hinarbeitet, in einem Setting so anerkannt zu sein, dass es zugleich möglich ist, aktiv zu interagieren als auch zu beobachten (Hine 2015).

der *experiential authority* – zum Beispiel die Grundannahme, dass Feldforschungserfahrungen authentisch wären – auch gegenwärtig in Ethnografien auf, wie ich im Verlauf dieses Kapitels noch ausführen werde.

Repräsentation von (Feldforschungs-)Erfahrung in Texten

James Cliffords eben erwähnter Artikel zu ethnografischer Autorität ist Teil des Sammelbandes *Writing Culture* (Clifford et al. 1986), der als Höhepunkt der sogenannten *Writing-Culture*-Debatte zwischen den späten 1960er- und den 1980er-Jahren in die Fachgeschichte einging. In sich ist diese Bewegung sicherlich alles andere als einheitlich, einig sind sich jedoch ihre Vertreter in ihrer Kritik an positivistischen Ethnografien, genauer an der Repräsentation von Kulturen in den klassischen Ergebnissen ethnografischen Arbeitens – den Ethnografien.

Ungefähr zeitgleich erschien ein weiterer wegweisender Sammelband, der von den Anthropologen Victor Turner und Edward M. Bruner herausgegeben wurde: *The Anthropology of Experience* (Turner und Bruner 2001 [1986]). Dieser greift ebenso die Repräsentationskritik der Zeit auf – mit einem Fokus auf Erfahrungen. Victor Turner bemängelte, dass die Thematisierung von Erfahrung in Ethnografien vor allem implizit und beiläufig stattfinde. Erfahrung erscheine dort allenfalls punktuell, zum Beispiel in Form von Ausschnitten aus – nahezu ausschließlich redigierten – Feldnotizen:

> In effect, the experiential component returns to the account as a by-product rather than as an explicit object of research. We systematically remove the personal and the experiential in accordance with our anthropological paradigms; then we reintroduce them so as to make our ethnographies more real, more alive.
> (Turner 1986, 9)

Die Feldforschungserfahrung zunächst zu eliminieren und dann entstellt wiedereinzuführen, degradiere sie zu einem Stilmittel für das literarische Genre Ethnografie, so argumentierten Turner und Bruner. Die Verdrängung der Feldforschungserfahrung führe dazu, dass Ethnografie, die sich im Grunde schon immer mit den Erfahrungswelten von Menschen beschäftigt habe, genau dieses Ziel im Ergebnis verfehle (ebd.).[10] In Reaktion auf dieses Manko riefen Bruner und Turner eine *Anthropology of Experience* aus, die Erfahrungen zu ihrem expliziten Forschungsgegenstand mache und konkret danach frage, wie Individuen

---

10 Der psychoanalytisch inspirierte (und heute als Mitbegründer der Ethnopsychoanalyse geltende) ungarisch-französische Ethnologe George Devereux sah dagegen diese Abdrängung der persönlichen Feldforschungserfahrung als Teil professioneller Abwehrstrategien, die dabei helfen, Ängste zu verdrängen und so überhaupt den Anforderungen an feldforschende Anthropologen gerecht zu werden (Devereux und Barre 1998).

ihre Kultur erfahren (Turner 1986, 4). Dabei müsse es bei einer solchen *Anthropology of Experience* zentral darum gehen, die folgenden Sphären voneinander zu unterscheiden:

> The critical distinction here, is between reality (what is really out there, whatever that may be), and experience (how that reality presents itself to consciousness), and expressions (how individual experience is framed and articulated).
> (Bruner 2001, 6)

Die Herausgeber plädierten grundsätzlich dafür, die Repräsentation von Feldforschungserfahrungen in Texten und anderen Ausdrücken ebenso zu überdenken wie Erfahrungen selbst zum Untersuchungsgegenstand ethnografischer Arbeiten zu machen. Die Kritik der Bewegung richtete sich damit sowohl auf Erfahrung als Teil der Methode ethnografischen Arbeitens – hierin vor allem auf deren Repräsentation in Texten und damit auch auf die Repräsentation von disziplinärem Wissen – als auch als Gegenstand der Untersuchung. Dennoch folgte in Turners und Bruners *Anthropology of Experience* aus der Differenzierung von »Realität, Erfahrung und Ausdruck« (ebd., 6; Übersetzung CS) eine starke Betonung eines dieser Elemente, nämlich des Ausdrucks: Denn nur die Artikulationen von Erfahrung konnten für Turner und Bruner Gegenstand kulturanthropologischer Forschungen sein (Turner 1982; Throop 2003).[11] Der Sammelband widmete sich dann auch solchen »expressions« (ebd.), also – für Turner und Bruner – kulturellen Ausdrücken von Erfahrung in der Realität von Menschen, vornehmlich in Theater und Poesie.

Seit der *Writing-Culture*-Debatte haben sich die disziplinären Repräsentationsformen von Feldforschungserfahrungen und Methoden der empirischen Untersuchung – darunter auch der Teilnehmenden Beobachtung (Wind 2008; Maanen 2011; Sillitoe 2012) – sicherlich wesentlich gewandelt; zum Beispiel durch polyvokale oder dialogische Verfahren (u.a. Clifford 1983). Dennoch haben meiner Ansicht nach einige grundsätzliche Aspekte von Turners und Bruners Kritik an der Verdrängung der Feldforschungserfahrung noch immer Geltung: Auch wenn der oder die Forschende sich mit der eigenen Feldforschungserfahrung und deren verwickelter Repräsentation auseinandersetzt, bleibt das Verständnis von Erfahrung, das der gesamten Feldforschung zugrunde liegt, in den entstehenden Texten oftmals notorisch unterbelichtet (u.a. Throop 2003; Stephenson und Papadopoulos 2006a; Willen und Seeman 2012).

So kann die exponierte Stellung der Feldforschungserfahrung für die Überzeugungskraft von Ethnografien beispielsweise dazu verleiten, sie als Immunisierung gegen Kritik zu nutzen und autoritäre sowie hegemoniale Ansprüche der eigenen Thesen zu etablieren (Berg 1995, 22) – was nur eine Variante des Clifford'schen

11 Wobei Turner und Bruner durchaus auch verschiedene Verständnisse von Erfahrungen in ihren individuellen Werken zugrunde legten und verfolgten.

Modus der *experiential authority* zu sein scheint. Ein prominentes Beispiel dieses paradoxen Effektes bereits innerhalb der *Writing Culture Debatte* ist meiner Ansicht nach Clifford Geertz. Er war neben Victor Turner einer der Hauptakteure in den kulturanthropologischen Debatten um Erfahrung und Repräsentationskritik, der auch den Epilog von *Anthropology of Experience* verfasste (Throop 2003). Wie Eberhard Berg und Martin Fuchs (1995, 59) bereits mit weiter Rezeption ausführten, hinterlässt sein Werk gemischte Gefühle: Einerseits sensibilisierte er die Forschenden für die »Problematik der Repräsentation, des Schreibens und der Autorschaft sowie für die Konstruiertheit sozialwissenschaftlicher Darstellung« (ebd.) in ethnografischen Arbeiten. Geertz ging davon aus, dass Ethnografien mehr Fiktion und Literatur als objektive wissenschaftliche Berichte sind:

> The crucial peculiarities of ethnographic writing are like the purloined letter, so fully in view as to escape notice: the fact, for example, that so much of it consists in incorrigible assertion. (Carrithers 1988, 5)

Infolge dieses Verständnisses plädierte Clifford Geertz dafür, die Autorschaft der Anthropologin ernst zu nehmen und einen großen Teil der Aufmerksamkeit auf ihre bis dato vernachlässigte zentrale Tätigkeit, das Schreiben, zu legen. Andererseits blieben Geertz‹ eigene Arbeiten hinter seinem Anspruch an ethnografisches Forschen zurück, wie vielerorts ausgeführt wurde (u.a. Berg und Fuchs 1995). In Bezug auf Feldforschungserfahrungen als Teil empirischer Methoden war Geertz meiner Ansicht nach weiterhin zu großen Teilen im Modus von *experiential authority* verhaftet. In seinen Interpretationen zum balinesischen Hahnenkampf (Geertz 1972) beispielsweise schlich sich, obwohl er theoretisch davon ausgeht, dass Ethnografien per se die unvollständige Deutung des Ethnografen sind, ein sehr eindeutiges Narrativ ein, dass diese Unvollständigkeit wenig offenlegt. Die an seinen Forschungen beteiligten balinesischen Personen gerieten dabei zu stillschweigenden Akteuren einer überindividuellen Einheit, deren Interpretationen der Anthropologe Clifford Geertz lesen kann und anhand des Hahnenkampfes erklärt. Vielen Dimensionen, die seine Position als feldforschendem Anthropologen zentral prägten, wie eine geschlechterspezifische Perspektive, die Anwesenheit seiner Frau usw., klammerte er meiner Ansicht nach zugunsten einer eindeutigen Interpretation aus (Geertz 1972).[12]

12 Ich stehe Geertz‹ empirischen Forschungen auch vor dem Hintergrund eines sechsmonatigen Aufenthalts in einer balinesischen Familie skeptisch gegenüber: Es bleibt mir unklar, ob er *Bahasa Indonesia* (die Amtssprache und für viele Schulkinder Zweitsprache) oder *Bahasa Bali* sprechen konnte, bzw. welche Sprache sein Übersetzer nutzte? In Clifford Geertz‹ Büchern sind mir viele Wörter auf *Bahasa Indonesia* begegnet, wie beispielsweise *pengangkeb* (so werden die Besitzer der kämpfenden Hähne genannt; Geertz 1972, 9). Die beiden Sprachen sind tatsächlich unterschiedlich: *Bahasa Indonesia* ist eine in den 1960er-Jahren eingeführte ›Kunstsprache‹ mit lateinischen Buchstaben, die als einheitliche Amtssprache für Indonesien

In diesen skizzenhaften Beispielen – der Kritik und der Gegenkritik an der Repräsentation von Erfahrung in Ethnografien rund um die *Writing Culture Debatte* – wird von verschiedenen ontologischen Sphären der *Erfahrung* ausgegangen (Mattingly 1998, 25ff.): Die Feldforschungserfahrung spielt sich in einer anderen Dimension ab, als die Erfahrung, die im Text verschriftlicht wird; das subjektive Erleben von Erfahrung in einer anderen als der überindividuelle Ausdruck von Erfahrungen. Es besteht eine ontologische Differenz zwischen Feld und Text, zwischen individueller Erfahrung und Ausdruck von Erfahrung. In dieser Spielart konzentriert sich die kulturanthropologische Kritik am Erfahrungsbegriff insbesondere auf die Textproduktion und die Thematisierung von Erfahrungen in dieser Repräsentationsform, während die Idee einer authentischen Feldforschungserfahrung weitgehend unhinterfragt bleibt.

Erfahrung: ›Einer der häufigsten und leersten Begriffe überhaupt‹?

Als *Fin-des-Siècle*-Unruhe bezeichnet Jason Throop (2003, 219) eine Kritikwelle an Erfahrung in kulturanthropologischen und geisteswissenschaftlichen Auseinandersetzungen in den 1990er- und frühen 2000er-Jahren, die ihren Stachel weniger an der Textproduktion als vielmehr an dem vermeintlichen *common ground* von Erfahrung ansetzen (u.a. Scott 1991; Desjarlais 1997; Mattingly 1998; Throop 2003; Zigon und Throop 2014). Die feministische Historikerin Joan W. Scott beschrieb damals zum Beispiel in dem weithin rezipierten Artikel »The Evidence of Experience« (Scott 1991), wie ein bestimmtes Erfahrungskonzept – im Gewande eines vermeintlich universellen und selbsterklärenden Konzeptes – als Evidenzproduzent für Geschichtswissenschaften fungiere:

> When the evidence offered is the evidence of ›experience‹, the claim for referentiality is further buttressed – what could be truer, after all, than a subject's own account of what he or she has lived through? It is precisely this kind of appeal to experience as uncontestable evidence and as an originary point of explanation – as a foundation on which analysis is based – that weakens the critical thrust of histories of difference. (Scott 1991, 777)

Was als Erfahrung präsentiert wird, kann zum vermeintlich unhintergehbaren Ausgangspunkt wissenschaftlicher Argumentation werden – vor allem, sofern ein unhinterfragt *empathischer* Erfahrungsbegriff (Hampe und Lotter 2000) zugrunde gelegt wird. Die Selbstverständlichkeit, mit der ein solcher Erfahrungsbegriff in geschichtswissenschaftlichen Darstellungen Geltung erlangt, führe laut Scott zu einer Naturalisierung bestimmter subjektiver Erfahrungen und dekontextualisiere

eingeführt wurde. *Bahasa Bali* wird dagegen in Devanagari geschrieben, und es gibt mindestens drei verschiedene Sprachstufen, die dem sozialen Stand einer Person entsprechen.

sie zugleich (Scott 1991). Das Problem, auf das Scott verwies, liegt also vor allem darin, dass bestimmte subjektive Erfahrungen der Akteure mit einem unhinterfragten Erfahrungskonzept ebenfalls unhinterfragbar werden (vgl. Zigon und Throop 2014, 3). Mit der Darstellung von Erfahrungen liessen sich zwar die Auswirkungen wirtschaftlicher und politischer Systeme auf Individuen zeigen, nicht aber die Kategorien der Klassifikation in diesen Systemen hinterfragen (Scott 1991). Wenn Erfahrung so eingesetzt und untersucht wird, wie Scott es beschrieb, führt dieses Vorgehen zu einer orthodoxen, sich wiederholenden Argumentationsweise.

Im Kontext von Genesungsbegleitung (siehe für eine ausführliche Auseinandersetzung Kapitel 2.1.3, S.41) bedeutet das beispielsweise: Die Erfahrung von Personen, die Krisen durchlebt haben, zum Ausgangspunkt für Wissen zu machen, hilft zunächst, ein politisches Argument zu untermauern und die marginalisierte Position der Betroffenen zu verändern (u.a. Spivak 1990, Voronka 2017). Allerdings kann es ebenso dazu führen, dass die Unterschiede in den psychischen Krisenerfahrungen (bzw. deren Kontexte oder, in den Worten von Scott, ihre Referentialiät) nivelliert werden. Jijian Voronka, die ich bereits in Kapitel 2.1.2 kurz eingeführt habe, bezieht sich in ihren Ausführungen explizit auf Scott. Sie schrieb:

> [U]sing ›people with lived experience‹ as a form of strategic essentialism to unify our divergent ways of making meaning of our experiences to enact political gains holds risks. These risks include undercutting our various differences by effacing interlocking oppressions and the different ways we experience madness, conflating our conceptual and ideological standpoints as universal, shared, and reifying mental illness. (Voronka 2017, 190)

Das heißt, ein nicht-relationaler Erfahrungsbegriff kann letztlich dazu führen, die Differenzkategorie *normal/psychisch krank* zu verstetigen, statt sie zu destabilisieren – und dies gilt ebenso für andere Kategorien und Differenzen. Joan Scott schlägt nun vor, mit einem Vorgehen, dass sie »historicizing« (ebd., 779) nennt, stattdessen die Bedingungen der Subjekte und ihrer Erfahrungen in den Blick zu nehmen:

> It is not individuals who have experience, but subjects who are constituted through experience. Experience in this definition then becomes not the origin of our explanation, not the authoritative (because seen or felt) evidence that grounds what is known, but rather that which we seek to explain, that about which knowledge is produced. To think about experience in this way is to historicize it as well as to historicize the identities it produces. (ebd., 779)

Scott plädierte also dafür, die historisch situierte Genese und Produktion von Erfahrungen zu betrachten und sich nicht einer vermeintlich universellen Evidenz aller Erfahrungen hinzugeben, sondern die Konstitution von Individuen durch Erfahrung zu betrachten. Erfahrung wird also als erklärungswürdiges Ergebnis be-

stimmter historischer und kultureller Bedingungen beschrieben, nicht als dessen Ursprung.

Ein ähnliches Argument griff Robert Desjarlais für die Sozial- und Kulturanthropologie auf. Er bemängelte, ebenso wie Scott, dass Erfahrung unzureichend konzeptionalisiert werde und deshalb eines der universellsten und leersten Konzepte überhaupt sei (Desjarlais 1997, 13). Erfahrung gelte als unveränderliche Konstante menschlichen Lebens, müsse jedoch lediglich als ein Untersuchungsfeld unter vielen für kulturanthropologische Untersuchungen verstanden werden:

> The problem with taking experience as a uniquely authentic domain of life is that one risks losing an opportunity to question the social production of that domain and the practices that define its use. Connotations of primacy and authenticity lend legitimacy to the anthropologist's craft, but they can simultaneously limit inquiries to descriptions of the terrain of experience when what we need are critical reflections on how the terrain comes about. (Desjarlais 1994, 887)

Dabei lauere in den meisten zeitgenössischen anthropologischen Auseinandersetzungen implizit ein spezifisch westliches Erfahrungsverständnis, das auf den Ideen einer nach innen gerichteten Reflexion, hermeneutischer Tiefe, kohärenten Zeitvorstellungen und einem individuellen Subjekt aufbaue (Desjarlais 1997, Throop und Zigon 2014). Eng mit den Entwicklungen westlich-moderner Konzeptionen des Selbst verknüpft, habe sich Erfahrung als ein bestimmter westlicher Modus herausgebildet, als: » [...] an inward, reflexive, hermeneutically rich process, that coheres through time by way of narrative.« (Desjarlais 1997, 17) Erfahrung habe sich von der Beschreibung eines Sich-Einlassens auf Externes oder eines Experimentierens mit der Umwelt (das auch affektive Aspekte umfasste) zu einer Schablone für die subjektive Bewusstheit über ein solches Einlassen gewandelt (Desjarlais 1994, 13):

> While twentieth century musings have identified affective dimensions in experience, experience is now generally held to be a subjective reflexive process that rests securely on a person's cognitive abilities to reflect on and make introspective sense of his or her engagement with the world. (Desjarlais 1994, 14)

Desjarlais kritisierte diesen modernen Erfahrungsbegriff, der auf einer linearen Zeitvorstellung aufbaut und einen subjektiven, reflexiven, fortschrittlichen Prozess impliziert. Er polemisierte durchweg gegen die Ansätze seiner kulturanthropologischen Zeitgenossen und Vorgänger – von phänomenologisch inspirierten Ansätzen, die auf der Suche nach erfahrungsnahen Kategorien seien (Unni Wikan und Michael Jackson), über Autorinnen, die Erfahrung für einen ballastfreien Begriff hielten (Arthur und Joan Kleinman) bis hin zu denjenigen, die sich vor allem den gefühlten Erfahrungen widmeten und diese sinnlichen Eindrücke für wahrhaftig hielten (Constance Classen, Paul Stoler). Alle Ansätze sind seiner Ansicht nach mehr oder minder in romantischen Vorstellungen von Erfahrungen verhaf-

tet, die »gelebte Erfahrung« (Desjarlais 1997, 11, Übersetzung CS) als wahrhaftigste und authentischste kulturelle Kategorie platzieren:

> While these orientations call for diverse theories and findings, all stem from romantic sensibilities toward the incongruous and nearly unfathomable aspects of everyday life. (Desjarlais 1997, 11)

Diese unhinterfragte romantische Verwendung wollte der Autor aufbrechen; Erfahrung konzipierte er dagegen als Produkt bestimmter gesellschaftlicher und kultureller Bedingungen. Erfahrung ist für ihn, so fasste es Annemarie Mol kürzlich zusammen,

> […] still tied to a ›sense of self as possessing depth‹ etc., but this is not a universal self-evident self, but a figure that emerged in a specific setting, at a specific point in history and that depends on particular ›social and technological conditions'. (Mol 2018, 93)

Desjarlais' Polemik reduzierte die Komplexität der Ansätze seiner wissenschaftlichen Opponenten sicherlich stark und scheint mir vor allem eine Abgrenzungsbewegung mit Blick auf innerdisziplinäre Positionen zu sein – gerade seine Argumentationen gegen Victor Turner und Michael Jackson werden deren differenzierten Betrachtungen kaum gerecht (Throop 2003). Auf diese Weise vermochte er jedoch eine Schwachstelle in vielen kulturanthropologischen Arbeiten und dem Umgang mit (Feldforschungs-)Erfahrungen deutlich hervorzubringen: Wenn die Betrachtung von Erfahrung *bestimmter Personen* (in der Feldforschungserfahrung) mit gelebten Erfahrungen unbedacht gleichgesetzt wird, kommt es zu einem ›onto-epistemologischen Kollaps‹:

> In the end, however, this logic is haunted by a problematic collapse of ontology and epistemology, of being and knowing, in which the supposed realities of experience are given the status of facts by the statements of the anthropologists. The problem with taking experience as a uniquely authentic domain of life – as the first and last court of appeal – is that we risk losing the opportunity to question both the social production of that domain and the practices that define its use. (Desjarlais 1997, 12)

Obwohl Desjarlais grundlegende Kritik an kulturanthropologischen Arbeiten zu Erfahrung übte, sprach er sich weder dafür aus, den Erfahrungsbegriff komplett zu verwerfen, noch dafür, ihn neu zu definieren (ebd., 19). Stattdessen suchte er in einer Pluralisierungsbewegung Erfahrungen als nur eine Art und Weise des Seins unter anderen Möglichkeiten des Daseins zu beschreiben. In seiner Ethnografie *Shelter Blues* (Desjarlais 1997) über eine Obdachlosenunterkunft in Boston führte er dann beispielswese eine alternative Daseinsform aus, die er *Struggling along* nennt:

> [...] to proceed with great difficulty while trying at times to do away with or to avoid the constraints and hazards strewn into one's path. (Ebd.,19)

Struggling along sei ein Modus des Daseins, der nicht auf einer zeitlich kohärenten Vorwärtsbewegung aufbaue oder hermeneutische Tiefe voraussetze – und im Alltag vieler Obdachloser neben einem westlich geprägten Erfahrungsmodus auch vorkomme. Es ist ein Daseinsmodus, der »Stasis, Wiederholung und Zeitlosigkeit bedeutet« (Klausner 2015, 120).

Gemeinsam ist sowohl Scotts als auch Desjarlais´ Kritik, dass die Produktionsbedingungen von Erfahrungen in den Fokus rücken. Der vermeintliche *common ground* von Erfahrungen besteht nicht a priori, sondern wird gesellschaftlich, historisch und kulturell etabliert. Gleichzeitig sind beide Positionen an Vorstellungen des Selbst und an einzelne Subjekte, die Erfahrungen machen, gebunden. Die Konstitution von Erfahrungsbedingungen und -möglichkeiten für Individuen müssen für Scott und Desjarlais daher zu einem Teil kulturanthropologischer Betrachtungen werden – und zwar sowohl für Erfahrung als Teil ethnografischer Methoden als auch für Erfahrung als Untersuchungsgegenstand. Bei diesen Auseinandersetzungen gerät für kulturanthropologische Arbeiten in den Blick – im Gegensatz zu den repräsentationskritischen Debatten rund um die *Writing-Culture*-Debatte – wie diejenigen Erfahrungen, die wir mit (Feldforschungs-)Erfahrung generieren, historisch, kulturell und situativ bedingt sind, und welche Ausschlüsse sie produzieren. Die Notwendigkeit, Bedingungen von Erfahrung zu betrachten, um situierte Erfahrungen zu verstehen, gilt sowohl für Erfahrungen als *Instrument* als auch für Erfahrungen als *Gegenstand* der Forschung«.[13]

3.2 Erfahrungen als Forschungsgegenstand

> How to grasp something which is incommensurable? Experience and the everyday world belong together; they are intimately connected – but how to conceptualize a relation which is essentially indeterminate?
> (Stephenson und Papadopoulos 2006a, xii)

Aber was wird untersucht, wenn Erfahrungen nicht ›nur‹ das Instrument von kulturanthropologischer Wissensproduktion sind, sondern auch explizit Gegenstand einer ethnografischen Untersuchung? Was betrachte ich, wenn ich *Erfahrungen*

13 Die Diskussion richtet sich in diesem Fall weniger auf tabuisierte Bereiche von Feldforschungserfahrungen, also beispielsweise Erotik oder sexuelle Anziehung im Feld (u.a. Newton 2000), sondern auf den vermeintlichen *common ground* von Erfahrung. Um im Beispiel zu bleiben: Die Thematisierung von Erotik wäre nicht hinreichend, sondern es müsste zudem reflektiert werden, wie sie als Teil von Erfahrung kulturell und historisch geprägt wird.

als Expertise (siehe weitere Ausführungen in Kapitel 3.3, S. 120ff.) im Feld Genesungsbegleitung nachgehe? Gibt es Erfahrungen als Untersuchungsgegenstand? Was können wir mit empirischen Methoden der Ethnografie, zum Beispiel Teilnehmenden Beobachtungen, betrachten? Wie kann Erfahrung operationalisiert werden?

Es gibt meiner Ansicht nach keine eindeutige Antwort auf diese Fragen, sondern verschiedene Varianten im Wechselspiel zwischen Fragestellung, Gegenstandskonstruktion und empirischen Möglichkeiten. Wie der Soziologe Stefan Hirschauer schrieb, gibt es:

> […] einerseits eine notwendige theoretische Optik, um das unendliche Feld des Erfahrbaren zu strukturieren, aber es gibt auch eine notwendige empirische Hintergrundbeleuchtung, in deren Licht eine verallgemeinernde Aussage erst zu einer sinnhaltigen Aussage wird. (Hirschauer 2008a, 171)

Häufig bieten bestimmte Schulen in deren Fahrwasser – und deren jeweiligem Erfahrungsverständnis – sich Wissenschaftler bewegen, mögliche Untersuchungstrajektorien. Gerade die Dyade von *psychoanalytisch* versus *phänomenologisch* inspirierten Ansätzen wird oftmals in Bezug auf kulturanthropologische Auseinandersetzungen mit Erfahrung – vor allem im Kontext von medizinanthropologischen Themen – zur Einordnung herangezogen (u.a. Willen und Seeman 2012; Throop 2012; Hollan 2012). Zu den bekanntesten Vertretern der letztgenannten Perspektive werden im angloamerikanischen Raum gegenwärtig beispielsweise Michael Jackson (1983, 1996), Joan und Arthur Kleinman (Kleinman 1989; Kleinman und Kleinman 1991), Byron Good (1993, 2012), Thomas Csordas (1995, 2002), Robert Desjarlais (1997; Desjarlais und Throop 2011), Jason Throop (2003, 2009) sowie Vincent Crapanzano (2010) gezählt. Ihr Fokus – um es höchst allgemein zusammen zu fassen – liegt verstärkt darauf, wie Erfahrungen in Lebenswelten situiert, ermöglicht und bedingt werden, das heißt: wie sie sich als intersubjektive Phänomene darstellen (u.a. Hollan 2012). Die folgende von Michael Jackson gelieferte Definition eines phänomenologisch-anthropologischen Ansatzes trifft meiner Ansicht nach auf fast alle diese Ansätze zu: »Phenomenology is the scientific study of experience. It is an attempt to describe human consciousness in its lived immediacy, before it is subject to theoretical elaboration or conceptual systematizing.« (Jackson 1996, 2)

In psychoanalytischer Tradition stehen dagegen unter anderem Douglas Hollan (2012, 2013), Cristiana Giordano (2014) und im kontinentaleuropäischen Kontext beispielsweise Maya Nadig (1997, Sturm, Nadig und Moro 2011) sowie Jochen Bonz (Bonz et al. 2017).[14] George Devereux gilt dabei als Gründerfigur für ethnopsychoanalytische Ansätze (Devereux und Barre 1998). Ihre Auseinandersetzungen

14 Im europäischen Raum wird insbesondere die sogenannte Zürcher Gruppe um Maya Nadig rezipiert (u.a. Theiss-Abendroth 2017).

nehmen vor allem die Beobachtungen von Biografien, deren Effekte und Konsequenzen in den Blick. In manchen Spielarten (u.a. Bonz et al. 2017) werden die Emotionen des oder der Feldforschenden zum zentralen Erkenntnismoment; Erfahrung wird im Besonderen als innerlich-subjektives Phänomen gehandelt.

Wie ich in Kapitel 2.1.2 (siehe S. 38ff.) – als methodologische und in Bezug auf die Forschungslücke im Feld Genesungsbegleitung passende – Entscheidung ausgeführt habe, ist meine Arbeit verstärkt an einem phänomenologischen Fokus orientiert.

Hingegen habe ich mich für dieses Kapitel – das kulturanthropologische Forschungen vorstellt, die Erfahrungen zum Untersuchungsgegenstand machen, – gegen eine Gegenüberstellung psychoanalytischer und phänomenologischer Ansätze entschieden. Eine Gegenüberstellung scheint problematisch, da erstens die Rezeption von psychoanalytischen Konzepten in der Kulturanthropologie verzögert zu verlaufen scheint (Hollan 2012). Zweitens wird in aktuellen Auseinandersetzungen vermehrt versucht, diese disziplinär tradierte Trennung als eben solche – als historisch geformte – zu kennzeichnen (vgl. Hollan 2012; Throop 2012) und stattdessen die möglichen Ergänzungspotenziale der jeweiligen anderen Perspektive zu betonen.[15]

Für mein Vorhaben scheint es mir sinnvoller, die verschiedenen Ansätze nicht entlang philosophischer Traditionslinien zu unterscheiden, sondern entlang zweier in kulturanthropologischen Auseinandersetzungen üblicher Strategien, den Containerbegriff Erfahrung analytisch *handhabbar* zu machen: Einerseits die Fokussierung auf einzelne Erfahrungsmodi (Kapitel 3.2, S. 9ff.), andererseits die Fokussierung auf ein bestimmtes Schlüsselmerkmal, das allen Erfahrungen zugrunde liegt (Kapitel 3.2, S. 105ff.). Ich unterscheide also Ansätze, die die Ausdifferenzierung in verschiedene *Modi von Erfahrungen* betrachten von denjenigen, die *ein (strukturelles) Merkmal*, das sich in allen noch so unterschiedlichen Erfahrungen zeige, in den Blick nehmen – und stelle die jeweils daraus resultierenden Wirkungen auf den Forschungsgegenstand Erfahrung dar.

Im Sinne meiner Fragestellung, die darauf fokussiert, wie Erfahrung als Expertise wirkmächtig wird, richte ich also auch den Forschungsstand daran aus, welche verschiedenen Effekte Auseinandersetzungsstrategien mit Erfahrung produzieren.

Die Ausdifferenzierung in spezifische Modi der Erfahrung wird häufig genutzt, um eine wissenschaftlich anerkannte Form der Fokussierung einzelner Teilaspekte (und respektive Dezentrierung jeweils anderer Aspekte von Erfahrung) zu ermöglichen (u.a. Oakeshott 2015, Jay 2006). Um nur einige Beispiele aus dem kultur-

15 »At a most general level, all of these commentators recognize that both phenomenology and psychoanalysis assume the dynamic texture of lived experience to be a given. [...] The traditions, and these commentators, do differ, however, in how best to make sense of such forms of transparency and inaccessibility in everyday life.« (Throop 2012, 77)

anthropologischen Spektrum zu nennen: Es werden *narrative* (u.a. Mattingly 1998, Lehmann 2007), *ästhetische* (u.a. Maase 2010), *religiöse* (u.a. Cole 1926, Yamane 2000) *sinnliche* (u.a. Classen 1997, Pink 2010, Braun et al. 2017), *kontinuierliche* (Stephenson und Papadopoulos 2006b) Modi von Erfahrung unterschieden.[16] Ich betrachte im Folgenden drei Varianten der Modi *narrative* Erfahrung und *gelebte* Erfahrung, die häufig im Doppel erscheinen.

Während die Ausdifferenzierung eines Spektrums an Erfahrung in verschiedene Erfahrungsmodi der Diversität des Begriffs durch Differenzierung begegnet, besteht der umgekehrte Annäherungsweg darin, von der Ähnlichkeit oder Übereinstimmung eines Merkmals oder einer Dimension in allen Erfahrungen auszugehen.[17] Dabei ist eines der am häufigsten in der Kulturanthropologie diskutierten Schlüsselmerkmale von Erfahrung das Vermögen, *Übersetzungen* oder *Brücken* zwischen verschiedenen analytischen Ebenen, ontologischen Differenzen, Zeitlichkeiten usw. bilden zu können (u.a. Geertz 1972; Turner und Bruner 2001; Throop 2009; Chakkalakal 2014). Eine – wie auch immer geformte – Brückenfunktion berge das Erfolgsgeheimnis des Begriffes Erfahrung und sei ein Meta-Merkmal diverser Erfahrungen. Auf solche Brückenfunktionen werde ich in Kapitel 3.2 genauer eingehen. Bei der Betrachtung oder Festlegung *eines* Merkmales aller Erfahrungen kann durch den Verweis auf eine Grundstruktur, ein Merkmal oder einen Aspekt über differierende Erfahrungen hinweg eine theoretische Optik etabliert werden. Statt – was Modalisierungen ermöglichen – einen Teilaspekt zu fokussieren, lässt sich so vielmehr ein geteilter Aspekt – beispielsweise eine Brückenfunktion – scharfstellen.

Modalisierungen von Erfahrung

Narrative und gelebte Erfahrungen – Drei Variationen

Im Kontext anthropologischer Studien zu (psychischen) Krankheiten kam und kommt *erzählter* bzw. *narrativer* Erfahrung als Untersuchungsgegenstand spätestens seit Ende der 1990er-Jahre eine tragende Rolle zu (u.a. Kleinman 1989;

---

16 Formen der begrifflichen Modalisierung und Ausdifferenzierung von Erfahrung werden teilweise als Parallele zu Modernisierungs- oder Differenzierungsprozessen in der modernen Arbeitswelt gewertet (Jay 2006).

17 Eine integrierende, allumfassende Definition von Erfahrung wurde zugleich genauso – gerade im Angesicht der Industrialisierung und dem vielbeschworenen Erfahrungsverlust in der ›Moderne‹ – gefordert. Teilweise war dies bei Vertretern des amerikanischen Pragmatismus der Fall (u.a. John Dewey, William James), aber auch in manchen Spielarten der Kritischen Theorie – ich beziehe mich hier auf Walter Benjamin, dessen Forderung nach einer ›absoluten‹ Erfahrung war flankiert vom Motiv des ›Erfahrungsverlusts‹ in der modernen Gesellschaft (Benjamin 1984).

Mattingly 1998; Hydén 1997).[18] *Narrative* Erfahrungen – prävalent als *illness narratives* gerahmt – gelten zu dieser Zeit im Besonderen als der empirische Gegenstand, der im Kontext von menschlichem Leiden, Schmerz usw. untersucht werden kann und (Krankheits-)Erfahrungen untersuchbar macht.[19] *Illness*, im Unterschied zum biomedizinischen Begriff von *disease*, so Arthur Kleinman in *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition* (Kleinman 1989), beziehe in den Komplex der Krankheitserfahrungen neben der individuellen gefühlten Krankheitserfahrung ebenso die Familie und gesellschaftliche Bedingungen ein – vor allem jedoch verweise *illness* (und verweisen vor allem *illness narratives*) darauf, dass Personen mithilfe von Narrativen Bedeutungen für Krankheitserfahrungen entwickeln und diese Narrative ihre Umgangsweisen mit Krankheiten beeinflussen und sichtbar machen (ebd.). Für den Autor muss dann das Zuhören der Ärztin zum zentralen Bestandteil medizinisch-therapeutischen Arbeitens werden, um mit Krankheiten umzugehen. *Illness Narratives* seien, so Kleinman, der zentrale Gegenstand, um Krankheitserfahrrungen empirisch zu betrachten. Auch Byron Good, ein weiterer einflussreicher Medizinanthropologe, folgte dieser Betonung von *illness narratives*:

> […] all narratives […] are stories about lived experiences. They describe events along with their meaning for persons who live in and through them. They »emplot« experience revealing its underlying form. (Good 1993, 121)

In diesem Zitat scheint auf, dass der Modus einer *narrativen* Erfahrung – vor allem in anglo-amerikanischen kulturanthropologischen Diskursen – mit einem anderen Modus von Erfahrung gekoppelt wurde und auch weiterhin wird: *Gelebte* (bzw. *lived*) Erfahrung. Das Spannungsfeld zwischen *gelebter* und *narrativer* Erfahrung wird immer wieder auf den Plan gerufen und ist zentraler Aspekt von Diskussionen um die Frage, was den empirischen Forschungsgegenstand ausmacht: Erfahrungen, während sie gelebt werden? Oder eine retrospektive Narration von Erfahrungen (die nicht notwendigerweise nur als sprachliche Artikulation verstanden wird) (u.a. Mattingly 1998; Stephenson und Papadopoulos 2006b; Lehmann 2007)? Und wie werden diese Modi in ein Verhältnis zueinander gesetzt?

Um zunächst eine vorläufige Antwort zu geben, bevor ich drei Beispiele dazu ausführe: *Lived experience* wird in der Regel eher als im Alltag verortetes, noch vor der Objektivierung stehendes oder auch vorreflexives Erleben charakterisiert (u.a. Jay 2006, 11ff.). Die diesem Erleben gegenüberstehende *narrated experience* bezieht sich in der Tendenz stärker auf die Zeitlichkeit des erlebten Prozesses, auf

18 Eine Einführung in die paradigmatische Hinwendung zu *illness narratives* gibt Cheryl Mattingly in *Healing Dramas and Clinical Plots: The narrative structure of Experience* (Mattingly 1998, 6ff.).

19 Eine ganze Reihe an Arbeiten setzt sich mit *illness narratives* innerhalb der Medizinanthropologie auseinander, insbesondere in den 1990er-Jahren (für eine Zusammenfassung siehe Hydén 1997), aber auch später und aktuell (u.a. Bury 2001, Pierret 2003, Carr 2017).

Zukunft und Vergangenheit, ist reflexiv, bezieht Erinnerungen ein und wurde gewissermaßen narrativ gezähmt (Mol 2018). Meist wird diese Unterscheidung auf Wilhelm Diltheys Differenzierung in Erlebnis und Erfahrung (Dilthey 1883) und seine Lebensphilosophie zurückgeführt (Johach, Rodi und Dilthey 1997; vgl. auch Turner und Bruner 2001; Stephenson und Papadopoulos 2006a; Strauss 2008). Allerdings beginnen die Verwicklungen schon bei den Übersetzungsschwierigkeiten: Ob Erlebnis und Erfahrung als *lived* und *narrated experience* übersetzt werden können, darüber sind sich Forscherinnen uneins (Jay 2006, 10ff.). Annemarie Mol plädierte unlängst dafür, den deutschen Begriff Erlebnis, sowie den niederländischen Begriff »beleevnis« (Mol 2018) auch in englischen Texten zu nutzen, um eine Fokusverschiebung in kulturanthropologischen Auseinandersetzungen zu erreichen, weg von einer ›tief‹ und ›authentisch‹ im Subjekt verorteten Erfahrung und hin zu einer subjekt-dezentrierenden Perspektive zu gelangen (ebd.). Erlebnisse, so Mol, seien das, was einem Menschen in einem bestimmten Umfeld passiere. Erfahrungen dagegen seien zumeist an eine subjektive Transformation gebunden.

Eine dezidierte andere Position gegenüber dem Modus *narrativer* Erfahrung im deutschsprachigen Raum nimmt beispielsweise Albrecht Lehmann ein. Der Volkskundler, der vor allem durch seine Publikationen zu Erzählforschung bekannt wurde, konzentrierte sich in seiner 2007 veröffentlichten Monografie *Reden über Erfahrung. Kulturwissenschaftliche Bewusstseinsanalyse des Erzählens* ausschließlich auf *narrative* Erfahrung. *Gelebte* Erfahrung hat seiner Ansicht nach nur indirekt Relevanz für ethnografisches oder sozialwissenschaftliches Arbeiten (Lehmann 2007). Er vertritt folgende Ansicht: »Alles was wir erzählen, drückt Erfahrungen aus. Und Erfahrungen lassen sich nicht anders als erzählend vermitteln« (Lehmann 2007, 9). Zunächst liegt diese Aussage auffallend nah an der oben zitierten Einschätzung von Good: »[…] all narratives […] are stories about lived experiences.« (Good 1993, 121). Allerdings schien es Lehmann im engen Sinn um Erzählungen – Alltagserzählungen und autobiografische Texte zu gehen – und nicht um intersubjektive Verhandlungen von Erfahrungen, wie Good sie thematisierte (ebd., 121ff.). Alle Erfahrungen, so Lehmann, die überhaupt mit ethnografischen Methoden betrachtet werden können, würden über Narrative vermittelt. Erfahrungen ereigneten sich seiner Ansicht nach in Situationen, die einen Anfang und ein Ende haben und ganzheitlich erlebt werden (Lehmann 2007, 7). Der Autor unterstrich zwar, dass die Narrative über Erfahrungen, die der Ethnografin zur Verfügung stehen, eine empirisch unentwirrbare Mischung aus »Primärerfahrungen« (Lehmann 2007, 10) und »Erfahrungen zweiter Hand« (ebd.) seien: »Aber wie immer wir diese Erfahrungen aus zweiter Hand interpretieren und in abstrakte Zusammenhänge einordnen: die eigene Primärerfahrung bleibt der Maßstab.« (Lehmann 2007, 10.) Lehmann skizzierte damit nur den einen möglichen und indirekten Zugang zu Erfahrungen in Ethnografien: Über Narrative, die er als Erfahrungen zweiter Hand fasste. Dieser Fokus auf narrative Erfahrung folgt der Prämisse von deren reflektierender Ab-

geschlossenheit, da nur so über sie berichtet werden kann, und ist damit durch eine gewisse zeitliche Rückwärtsgewandtheit gekennzeichnet – die Betrachtung zeitlicher Inkohärenzen oder gelebter Erfahrungen ist in diesem Verständnis von narrativer Erfahrung als Untersuchungsgegenstand schwer möglich. Auch bleiben Erfahrungen hier allein an das primär erlebende, einzelne Subjekt gebunden, selbst wenn es kollektive Erzählungen gibt. Das scheint mir Lehmanns Verweis auf die Primärerfahrung des Ethnografen zu implizieren, der für ihn immer der Maßstab bleibt.

Lehmann erläuterte dabei nicht, welcher Zusammenhang zwischen Primär- und Sekundärerfahrung, zwischen *gelebter* und *erzählter* Erfahrung besteht. Ob er – in den Worten von Cheryl Mattingly (1998, 33ff.) – von einem mimetischen oder anti-mimetischen Zusammenhang zwischen *gelebter* und *narrativer* Erfahrung ausgeht oder worin sein alternatives Konzept besteht, bleibt unklar (vgl. Lehmann 2007). Einer mimetischen Vorstellung läge eine natürliche Übereinstimmung zwischen *gelebter* und *erzählter* Erfahrung zugrunde.[20] Ein anti-mimetischer Standpunkt dagegen setzt voraus, dass die Struktur der *gelebten* Erfahrung selbst nicht mit derjenigen von Narrativen über Erfahrung in Zusammenhang steht oder diese wiedergibt – dass also die Erzählung einer Erfahrung mit deren Erlebnis ohnehin nicht zusammenhängt (Mattingly 1998, 33ff.). In dieser Fassung wird die performative Bedeutung im Moment der Erzählung von Erfahrung betont; teilweise wird der Möglichkeit einer Darstellung von *gelebter* Erfahrung in ethnografischen Arbeiten komplett widersprochen. Auch wenn diese Auseinandersetzung abstrakt klingt, ihre Auswirkungen auf ethnografisches Arbeiten könnten konkreter nicht sein. Eine Entscheidung für oder gegen einen mimetischen Zusammenhang zwischen *gelebter* und *narrativer* Erfahrung mündet schließlich unter anderem in der langen und hitzigen Debatte darum, ob – und wenn ja, wie – die gelebten Erfahrungen anderer überhaupt wiedergegeben werden können – also was die Ergebnisse unserer Arbeit – Ethnografien – für einen Bezug zur ›Realität‹ haben.

Bereits 1998 beschrieb Mattingly, die sich selbst auf die ethnografische Analyse *narrativer* Erfahrung fokussiert, die disziplinäre Konfliktlinie, ob *gelebte* oder *narrative* Erfahrung in kulturanthropologischen Arbeiten betrachtet werden sollten und bearbeitete diese Spannungen entlang mimetischer und antimimetischer Standpunkten. Sie entwickelte in Abgrenzung zu dieser Polarität eine eigene, dritte Perspektive (Mattingly 1998). Dabei wendete sie sich sowohl gegen die Annahme, dass es keinerlei adäquate Darstellung von *gelebter* Erfahrung in ethnografischen Auseinandersetzungen geben könne, als auch gegen die Vorstellung, dass es eine einfache Entsprechung von *narrativer* und *gelebter* Erfahrung gebe:

---

20 Ein solcher ›mimetischer‹ Standpunkt ist meiner Ansicht nach beispielsweise bei Unni Wikan zu finden, die für sogenannte erfahrungsnahe Analysekonzepte plädiert (Wikan 1991, 2014).

> That is, narratives are no primarily after-the-fact imitations of experience they recount. Rather the intimate connection between story and experience results from the structure of action itself. […] Thus narrative and experience are bound in a homologous relationship, not merely a referential one. (Mattingly 1998, 19)

Damit überbrückte sie – in einer Konzeption, die sie im weiteren Verlauf ihres Buches in Anlehnung an Byron Good *emplotment*[21] (Mattingly 1998, 72ff.) nannte – die in der Fachgeschichte damals vorherrschende Trennung der Blickwinkel auf *gelebte* versus *narrative* Erfahrung. Für Mattingly gibt es eine Beziehung zwischen diesen beiden Erfahrungsformen. Allerdings betonte sie, dass in der von ihr skizzierten relationalen Bestimmung der *gelebten* Erfahrung keine künstliche Kohärenz durch Narrative aufgedrängt werde; stattdessen stellte sie das aktive Potenzial der Narration (und im Speziellen: des Dramas) ins Zentrum (Mattingly 1998, 6). Obwohl sie also auch auf *narrative* Erfahrung als Untersuchungsgegenstand zurückgriff, sieht sie darin andere Möglichkeiten und Beschränkungen als Albrecht Lehmann. Für Lehmann scheint der ethnografische Untersuchungsgegenstand tatsächlich ein »Reden über Erfahrung« (Lehmann 2007) zu sein. Diese Voraussetzung drückt sich bei ihm methodisch in der Untersuchung von Alltagserzählungen und autobiografischen Texten aus, während Mattingly Aktionen und Interaktionen in einer aktiven Fassung des *emplotment* als *narrative* Erfahrungen herausarbeitete, und Teilnehmende Beobachtung vor Ort ebenso wie Interviews als empirische Methoden wählte (Mattingly 1998). Als Teil eines *narrative turns*, in dem sie sich verortete, ging es ihr dennoch um eine Betonung von Artikulationen, von Geschichten und von Dramen (ebd.), aber in einem erweiterten Verständnis von Narration.

Den Untersuchungsgegenstand *Erfahrung* dagegen als *gelebte* Erfahrungen zu rahmen – und gerade nicht als *narrative* – dieser Vorgehensweise bedienten sich beispielsweise der Soziologe Dimitris Papadopoulous und die Sozialwissenschaftlerin Niamh Stephenson in der ethnografischen Studie *Analysing everyday experience* von 2006 (Stephenson und Papadopoulos 2006a). Sie entwickelten den Modus einer *kontinuierlichen* Erfahrung (*continuous experience*) als Teildimension von *gelebter* Erfahrung (ebd., 20ff.) und positionierten dieses Konzept explizit nicht in eine ethnografische Untersuchung von Erfahrungsnarrativen. Stattdessen untersuchten sie, im Gegensatz zu Lehmann was Konzepte von Erfahrung *tun*[22]:

> The concept of *continuous experience* is not being put forward in the attempt to designate what experience is, but as a tool to analyze the inner workings of modes

21 Mattingly verwies explizit auf den Einfluss, den Byron Good auf ihre Arbeiten hatte (u.a. Mattingly und Garro 2000).

22 Mattingly nimmt hier eher eine Zwischenposition ein, da sie Narrationen als Handlungen versteht.

> of socio-political engagement which are being harnessed in moments of social and geopolitical exclusion. (Stephenson und Papadopoulos 2006b, 435)

Stephenson und Papadopoulos wählten also – wie es auch mein Anliegen ist – einen praxistheoretischen Zugriff. Ausgehend von ethnografischem Material über HIV-Krankheitserfahrungen (gesammelt in Selbsthilfegruppen in Australien) entwickelten die Autorinnen ihr Analysekonzept *continuous experience* (Stephenson und Papadopoulos 2006a). Sie beschrieben, wie in den Selbsthilfegruppen die gemeinsame Auseinandersetzung mit einzelnen HIV-Krankheits-Erfahrungen (der Ansteckung, des Umgangs mit der Krankheit usw.) zum Entstehen eines gemeinsamen Erfahrungspools in der Gruppe führte und dadurch die Bandbreite an möglichen Erfahrungen zugenommen habe (ebd., 2006b). Dadurch, dass in der gemeinsamen Gruppenarbeit verschiedene Erfahrungen einzelner Gruppenmitglieder beschrieben, entworfen und diskutiert wurden, wurde gewissermaßen das Repertoire an möglichen Erfahrungen für alle Beteiligten größer. Die Autoren bedienten sich hier vor allem der Methode »memory work« (ebd., 58ff.), die sie aus einer marxistisch-feministischen Forschungsgruppe entlehnen. Dabei schreiben beispielsweise einzelne Mitglieder der Gruppe kurze Statements zu bestimmten Themen, die jedoch in der dritten Person verfasst sind. Dies sei unter anderem ein erster Schritt dahin, die Grenzen zwischen Subjekt und Objekt der Forschung durchlässig zu machen und dadurch Erfahrung zugleich als subjektgebunden und als kollektiv produziert zu verstehen (ebd., 58ff.). Auf diese Weise akzentuierten Stephenson und Papadopoulos, dass Subjekte (und ihre Umgebungen und Materialitäten) Erfahrungen aktiv mitformen.

Im Gegensatz zur Mehrheit klassischer medizinanthropologischer Arbeiten, die häufig von einer universalen Passivität aller Subjekte in Krankheitserfahrungen ausgingen (Autor und Autorin beziehen sich hier beispielsweise auf Kleinman und Kleinman 1991; zur Diskussion und für einen Überblick siehe Willen und Seeman 2012), geraten so auch die aktiven Dimensionen von Krankheitserfahrungen in den Blick – und damit Optionen und Potenzial für soziale Einbeziehung in Situationen sozio-politischer Exklusion. Stephenson und Papadopoulos wenden sich damit gegen in identitätspolitischen Prozessen von marginalisierten Gruppen entstehende Vereinnahmung *einer* subjektzentrierten universellen Erfahrung – ein Argument, das uns im vorangegangenen Kapitel 3.1.3 (siehe S. 93ff.) schon in den Argumentationen von Joan Scott und Jijian Voronka begegnete (Scott 1991; Voronka 2017).

Stephensons und Papdopoulos' Position richtet sich auch gegen diejenigen Sozialwissenschaftlerinnen, die Erfahrung zum Besitz eines einzelnen Subjekts erklärten und damit – so die Kritik der beiden – den unvollständigen Charakter und die Elastizität von Erfahrung negierten (Stephenson und Papadopoulos 2006a, 5). Stattdessen betont *continuous experience* multiple, über Raum und Zeit verteilte, dabei aber kontinuierliche Erfahrungen, die sich zeiträumlich und materiell mani-

festieren (Stephenson und Papadopoulos 2006b, 441). In der Anwendung auf ethnografisches Material bleibt das Konzept selbst leider meiner Ansicht nach etwas vage (Stephenson und Papadopoulos 2006a, 179ff.).

Allerdings ist dieser Aspekt eines kontinuierlichen Erfahrungsüberschusses eine ungewöhnliche theoretische Wendung. Die Autorinnen legten zu Beginn der Monografie ihr Forschungsinteresse deutlich auf *gelebte* Erfahrung. *Continuous experience* wird damit zu so etwas wie einem Submodus von *gelebter* Erfahrung. Die Fokussierung auf eine zeitliche Abfolge bzw. Kontinuität ist ungewöhnlich, da so die nicht nur in der kulturanthropologischer Forschung lang tradierte Spaltung in *gelebter* und *narrativer* Erfahrung überschritten wird. Thematisierungen von Zeitlichkeit und Kontinuität in Erfahrung richten sich üblicherweise eher auf *narrative* als auf *gelebte* Erfahrung (vgl. Jay 2006). Stephenson und Papadopoulos unternahmen in ihrer Monografie jedoch keinen Versuch, ihre Position in Bezug auf diese beiden unterschiedlichen Modi ausführlicher zu klären. Durch ihren Fokus auf das *Tun* der Konzepte verlagerte sich der Schwerpunkt der Betrachtungen ohnehin auf die Wirkmächtigkeit und die Praktiken rund um die beschriebenen HIV-Krankheitserfahrungen statt auf solche wissenschaftstheoretischen Zuordnungen. Ich halte es jedoch für eines der zentralen Ergebnisse dieser ethnografischen Auseinandersetzung, dass sich zeigen lässt: Erfahrung ist mehr als ein Effekt multipler Diskurse, und sie wird auch nicht nur durch Narrative zum Forschungsgegenstand. Wie Stephenson und Papadopoulos zeigen, ist Erfahrung nicht nur ein Widerfahrnis, sondern etwas, das sich aktiv und mit anderen zusammen ereignen und gestalten lässt (Stephenson und Papadopoulos 2006a, 11ff.).

In diesen drei Variationen geraten unterschiedliche Erfahrungsgegenstände in den forschenden Blick: Für Lehmann sind es Erzählungen und sprachliche Artikulationen von Erfahrungen, die untersucht werden müssen. Für Mattingly stehen Handlungen und Narrative in einer homologen Beziehung zueinander und werden zum Gegenstand der Untersuchung von Erfahrung. Für Stephenson und Papadopoulos geht es jedoch vielmehr um eine kollektive Produktion von Erfahrungen – sie nähern sich *gelebten* Erfahrungen empirisch mit einer eklektischen Methodenmischung von »memory work« bis hin zu filmischen Verarbeitungen. Wie Papadopoulos und Stephenson richtet sich mein Anliegen im Kontext dieser Arbeit darauf, was Erfahrung als Expertise *tut*.

Ein Schlüsselmerkmal von Erfahrung: Erfahrung als Brücken- und Kontrastbegriff

In einer Umkehrung dieser Strategie der Ausdifferenzierung ist es ebenso möglich, ein Merkmal zum geteilten Aspekt aller Erfahrungen zu erklären und auf diese Weise empirisch untersuchbar zu machen. Clifford Geertz Verweis auf das bereits eingebrachte disziplinäre Dilemma von Erfahrung als einer »asses' bridge all

must cross« (Geertz 2001, 375) liefert auch in dieser Hinsicht eine paradigmatische Metapher: Die notwendig schmale Brücke der Erfahrung, die einerseits überquert werden muss und andererseits nicht dafür ausgelegt scheint, ist eben eine Brücke, die zwei verschiedene Ufer verbindet.

Das Vermögen, Kontinuität, Übersetzungen oder Brücken zwischen verschiedenen analytischen Ebenen, ontologischen Differenzen, Zeitlichkeiten usw. bilden zu können, wird häufig in jenen Ansätzen betont, die es sich zur Aufgabe machen, aus diversen Erfahrungen ein Metamerkmal herauszuarbeiten (u.a. Turner und Bruner 2001; Chakkalakal 2014). Der Erfahrungsbegriff kann, um nur einige Beispiele seiner Doppelläufigkeit einzubringen, zugleich auf Zukunft und Vergangenheit verweisen (u.a. Johach, Rodi, und Dilthey 1997; Turner und Bruner 2001; Throop 2009); er kann als Grundlage (u.a. Aristoteles 1963; Hampe 2000) und als Gegensatz formal anerkannten Wissens (u.a. Bacon 1878) gelten, passiv (u.a. Gawlick, Kreimendahl und Berkeley 2005) und aktiv (u.a. Kant n.d.) verstanden werden – und nicht zuletzt auch so, dass er die Kluft zwischen Subjekt und Objekt überbrücken soll (u.a. Dewey 1934, Hampe 2000, Jay 2006). Darüber, wie durch den Erfahrungsbegriff eine Brücke hergestellt werden kann und was mit dem Begriff Erfahrung integriert werden könne, herrscht allerdings wenig Einigkeit: Allein mit den Benennungen der überbrückenden Qualität von Erfahrung wie »double-barrelled word« (James, Dewey), »Janusköpfigkeit« (u.a. Papadopolous) oder »umbrella term« (u.a. Jay) variieren Fokus und Interpretation ihrer Bedeutung.

Ich beschränke mich im Folgenden auf einige wenige Konzepte, die entweder das Übersetzungsvermögen des Erfahrungsbegriffs in Bezug auf verschiedene ontologische Ebenen, also beispielsweise zwischen Feldforschungserfahrung und Textproduktion ins Zentrum stellen. Oder solche, die einen zeitlichen Prozess betonen, also beispielsweise einen Bezug auf Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft – immer mit einem Schwerpunkt auf medizinanthropologische Auseinandersetzungen und einem latent bis explizit pragmatistischen Einfluss[23]. Denn für das Feld Genesungsbegleitung sind folgende zwei Punkte zentral: zum einen prozessuale Aspekte – unter anderem im Hinblick auf die Abgeschlossenheit der jeweiligen Krisenerfahrungen –, zum anderen das Thema einer ontologischen Lücke zwischen *gelebter* Krisenerfahrung und *reflektierter* Krisenerfahrung.

---

23 Die pragmatistische Färbung ergibt sich aus einer Kombination mehrerer Gründe: Erstens gilt diese ›Schule‹ als wenig anerkannter sozialphilosophischer Vorläufer praxistheoretischer Ansätze (u.a. Bogusz 2009). Zweitens ermöglichen es Teile aus Deweys Theoriegebäude meine These zu Praktiken des Reflektierens zu schärfen. Drittens arbeiten viele der von mir rezipierten Autorinnen mit diesen Grundlagen (u a. Bogusz, Chakkalakal, Turner, Throop usw.)

Erfahrung als zeitlicher Brückenbegriff

> The antinomies, contradictions, and conflicts embedded in these various models of experience must, in other words, point to something fundamental about the structure of experience itself. (Throop 2003, 227)

Jason Throop schlug beispielsweise vor, die definitorische Uneindeutigkeit von Erfahrung als Hinweis auf eine zeitliche Grundstruktur in allen Erfahrungen zu deuten. Er entwickelte ein Struktur-Modell, das Unmittelbarkeit im zeitlichen Fluss (also das, was manche Erlebnis oder gelebte Erfahrung nennen) und die Mittelbarkeit eines rückblickenden Zugangs zu Erfahrung integriert (also narrative Erfahrungen) (vgl. ebd.). Sein Modell basiert auf vier verschiedenen Formen der zeitlichen Orientierung, die Erfahrungen unterschiedlich strukturieren. Er unterschied zwischen 1) einer Orientierung auf die Gegenwart, die eine offene Antizipation der Zukunft einschließt, 2) einer expliziten Gerichtetheit auf die Zukunft, auf der Basis vergangener Erfahrungen, 3) einer retrospektiven zeitlichen Orientierung und 4) einer konjunktiven Zusammenführung möglicher Vergangenheiten und Zukünfte. Diese verschiedenen zeitlichen Orientierungsmodi, die für Throop alle Erfahrungen strukturieren, sind als komplementäre Serie miteinander verknüpft. Das bedeutet, dass die Betonung eines zeitlichen Modus die anderen Modi verbirgt ohne sie auszuschließen. Auf diese Weise versucht Throop Erfahrung so zu konzipieren, dass sich mit ihrer Hilfe verschiedene zeitliche Bezüge integrieren und dennoch unterscheiden lassen.

In dem Moment, in dem Erfahrungen in Bezug auf eine Gegenwart intersubjektiv werden – in seiner phänomenologischen Lesart als Ergebnis aktiver Konstitutionsprozesse eines verkörperten Daseins in einer Lebenswelt (Throop 2003) – können sie nicht zugleich eine retrospektive Orientierung erhalten. In einem Gedankenspiel scheint mir Throops Modell an eine Bühne zu erinnern, auf der immer nur eine zeitliche Orientierung von Erfahrung im Rampenlicht stehen kann, auch wenn die anderen Teile der komplementären Serie sich weiterhin dort aufhalten. Diese Assoziation kommt mir möglicherweise auch vor dem Hintergrund, dass Throops Theorie von Victor Turner beeinflusst ist (Throop 2009, Desjarlais und Throop 2011). Auch Turner entwickelte, vor allem in seinem Spätwerk, ein zeitliches Modell von Erfahrung, in dem er sich jedoch stärker auf Bedeutungszuschreibungen konzentrierte (Turner 1982).[24]

Gerade diese Theorie, zeigt, dass die bereits eingangs dieses Kapitels verworfene Trennung zwischen phänomenologischen und psychoanalytischen Einflüssen

24 Fünf Momente von Erfahrung sind für Turner allen Erfahrungen gemein: 1) ein »Wahrnehmungskern«, 2) das Hervorrufen vergangener Bilder, 3) das Wiedererleben vergangener Gefühle, 4) das Hervortreten von Bedeutung und Wert, 5) der Ausdruck von Erfahrungen (vgl. Turner 1982).

hier nicht weiterführt, denn mit ihr scheint sich der Phänomenologe Throop auch an Sigmund Freuds Theorie der »komplementären Serie« (Freud und Gay 1991) anzulehnen, die ein Spektrum zwischen exogenen und endogenen Gründen für psychiatrische Diagnosebilder auffächert.

Throops Annahme einer inneren zeitlichen Struktur von Erfahrung, die immer in allen Erfahrungen existieren soll, ist meiner Ansicht nach nur für bestimmte Fragestellungen fruchtbar. In ihrem Fokus auf eine universelle Struktur droht eine solche Annahme, die Akteure zu vernachlässigen, die soziale Welten, Vorgänge und Ordnungen aktiv und unordentlich hervorbringen. Außerdem halte ich den Versuch, Erfahrung solcherart zu definieren, für wenig hilfreich in Bezug auf die Frage nach deren Wirkmacht. Interessant scheinen mir für mein Vorgehen allerdings die Implikationen für das methodische Vorgehen, die Throop anklingen lässt:

> Indeed, it appears that here are a number of methodologies used by anthropologists that tend to privilege one or another temporal orientation, and as such, tend to privilege one or another variety of experience in our ethnographic accounts. (Throop 2003, 235)

Interviews, so lässt sich beispielsweise aus Throops Modell ableiten, bringen Erfahrungen in einer retrospektiven zeitlichen Orientierung hervor.

Erfahrung als Brückenbegriff zwischen verschiedenen ontologischen Sphären

Eine andere Variante, in der Erfahrung nicht eine zeitliche, sondern eine ontologische Brückenfunktion zukommt, bietet Silvy Chakkalakal. In ihrer Untersuchung von Erfahrung als historischer Diskursformation des 18. Jahrhunderts bezeichnete sie diesen als strukturellen Verbindungs- oder Brückenbegriff (vgl. Chakkalakal 2014, 64). Sie argumentierte, dass die Fähigkeit, Strukturen und Möglichkeitsräume miteinander zu verbinden, eines der wichtigsten Schlüsselmerkmale des Erfahrungsbegriffs sei. Das *Bilderbuch für Kinder* von Friedrich Justin Bertuch, eines der »ersten enzyklopädisch ausgerichteten natur- und weltkundlichen Sachbücher im deutschen Kontext« (Chakkalakal 2014, 35) bildete die Grundlage ihrer ethnografischen Ausführungen. Die »lebendige Anschaulichkeit« (ebd.) des enzyklopädischen Bilderbuchs sollte seinerzeit sowohl sinnliche Erfahrungen bei den kindlichen Betrachterinnen auslösen als auch in der Anleitung des Kindes durch den Erwachsenen Erkenntnis produzieren. In dieser Verbindung zweier in der westlichen Philosophietradition klassischerweise getrennten Sphären (körperlich-sinnlicher Eindruck versus geistige Erkenntnis) zeige sich die verbindende Funktion des Erfahrungsbegriffs:

> Als Material verstanden ist Erfahrung eine Sammlung und Zusammenführung von körperlich-seelischen Eindrücken; als Akt begriffen ist Erfahrung Methode des Erkenntniserwerbs und Prozess von sinnlicher Wahrnehmung. Die Fokussierung auf

> die Ganzheit von Material und Akt, von Was und Wie ist meines Erachtens der Grund, warum Erfahrung zu einem der philosophischen und sozialwissenschaftlichen Schlüsselbegriffe geworden ist. (Chakkalakal 2014, 60)

Auch auf anderen Ebenen, zum Beispiel in der Verknüpfung von *Theorie* und *Praxis* oder von gesellschaftlicher und persönlicher Erfahrung, äußere sich die Eigenschaft des Begriffs, Verbindungen zu ermöglichen. Darin liege jedoch nur die eine Seite der erfolgsbringenden Merkmale von Erfahrung. Die andere Seite zeige sich in der kontrastierenden Funktion von Erfahrung, die Chakkalakal vor allem anhand diskursiver Formationen innerhalb anthropologischer Fachauseinandersetzungen erläuterte. Im Feld der *Anthropologie der Sinne* (vgl. Classen 1997; Pink 2010; Howes and Laughlin 2012; Vannini, Waskul und Gottschalk 2013) beispielsweise werde die Vielfalt und Komplexität der Erfahrungen in der Feldforschung und ihre (vermeintliche) Nähe zu den Sinnen häufig in Kontrast zu wissenschaftlichem Textwissen positioniert (Chakkalakal 2014, 64).

> Die Vielfalt, Komplexität und Lebendigkeit werden abgegrenzt von der Trockenheit, der Abstraktion und dem Abgehoben-Sein der wissenschaftlichen Textproduktion vor allem im Sinne eines hegemonialen Mächteverhältnisses.
> (Chakkalakal 2014, 63)

Der Erfahrungsbegriff werde hier zur Betonung einer Differenz zwischen verschiedenen analytischen Ebenen eingesetzt – in diesem Fall zwischen ›sinnlicher‹ Feldforschung und ›unsinnlicher‹ wissenschaftlicher Textproduktion.[25] Die oben aus Chakkalakals Text zitierte Ganzheit von »Material und Akt« (ebd.) kann mithilfe des Erfahrungsbegriffs ebenso zur Betonung einer Differenz wie zur Herstellung einer Brücke zwischen verschiedenen analytischen Ebenen herangezogen werden. Erst wenn die sozialen, politischen, ökonomischen Wirkungsweisen des Begriffs in anthropologischen Auseinandersetzungen offengelegt würden, könne sich ein reflexives Potenzial des Nexus entfalten. Chakkalakal geht es also darum, mit einem Rückgriff auf pragmatistische Konzeptionen der Doppelläufigkeit des Erfahrungsbegriffs sowohl Transferpraktiken wie auch kontrastierende Praktiken als Forschungsgegenstand in den Blick zu nehmen. In ihren Ausführungen über Erfahrung als Verbindungs- oder Kontrastbegriff bezog sie sich explizit auf den amerikanischen Pragmatismus. Insbesondere verwies sie auf die Beschreibung

25 Wie es dazu kommen kann, dass Sinnlichkeit und Körperlichkeit in den Ergebnissen wissenschaftlicher Arbeit zu verschwinden scheinen, obwohl sie Teil einer erfolgreichen wissenschaftlichen Performance sind, beschrieb unter anderen Dominic Boyer in seinem Aufsatz »The corporeality of expertise«. Er führte aus, dass diese Assoziation tief mit der cartesianischen Trennung von Körper und Geist verbunden und doch alles andere als selbstverständlich ist (Boyer 2005).

von *Erfahrung* als »double-barrelled word« (Boydston, Ratner und Dewey 1981, 18), als »doppelläufiges Wort«, wie es Martin Suhr übersetzte (Suhr 2005).[26]

Exkurs: Erfahrung als »double-barrelled word« im amerikanischen Pragmatismus

Die Doppelläufigkeit[27] von Erfahrung im amerikanischen Pragmatismus bezieht sich sowohl auf zeitliche Aspekte als auch auf das Zusammenspiel von »Material und Akt« (Chakkalakal 2014). In einer breit rezipierten Passage seines Werks *Experience and Nature* erläuterte John Dewey diese Doppelläufigkeit folgendermaßen:

> We begin by noting that ›experience‹ is what James called a double-barrelled word. Like congeners, life and history, it includes *what* men do and suffer, what they strive for, love, believe and endure and also *how* men act and are acted upon, the ways in which they do and suffer, desire and enjoy, see, believe, imagine – in short processes of *experiencing*. (Boydston, Ratner und Dewey 1981, 18)

In dem Begriff Erfahrung fallen für Dewey Inhalt und Form, subjektive und objektive Seite zusammen. Erfahrung beschreibt zugleich das *Was* und das *Wie*, wenn Dinge und/oder Menschen miteinander in Interaktion treten. William James, auf den Dewey sich hier bezog, führte in seinen *Essays in Radical Empiricism* (James 2008) dafür das Beispiel von Farbe an, die in einem Geschäft unter anderen Farben als Ding erfahren und zugleich auf einer Leinwand zu einem Bild und einer spirituellen Funktion werden kann (James, Perry und James 2010, 10). Die Doppelläufigkeit von Erfahrung ermögliche, dass Farbe sowohl »thing« (ebd.) als auch »thought«(ebd.) sein kann. James erläuterte:

> In a word, in one group [the paint] figures as a thought, in another group as a thing. And, since it can figure in both groups simultaneously we have every right to speak of it as subjective and objective both at once. (James, Perry und James 2010, 10)

Die Doppelläufigkeit wendet sich, wie hier deutlich wird, auch gegen den klassischen philosophischen Dualismus in »thing« und »thought« (ebd.). Sie sollte daher nicht mit der Idee einer Opposition, eines Dualismus oder gar einer Dichoto-

---

26 Es gibt neben diesem Merkmal und dieser Bedeutung noch viele andere Aspekte des englischen Begriffs *experience*, vor allem in Deweys Werk. Udo Ohm hat beispielsweise in seiner linguistisch orientierten Studie allein acht etymologische Erklärungen und Verständnisse von *experience* herausgearbeitet. Auch dies kann als Hinweis auf die Zentralität des Begriffs verstanden werden, weist jedoch den Fokus auf Erfahrung als »Brückenbegriff« zugleich als einen Aspekt unter vielen in Deweys Werk aus (Ohm 1998, 47ff.).

27 Es drängt sich eine etymologische Nebenbemerkung auf: Doppelläufigkeit ist ein waffentechnischer Begriff. Inwiefern Martin Suhr diese bei seiner Übersetzung mitdachte, kann ich nicht nachvollziehen.

mie verwechselt werden.[28] *Double- barrelled* meint nicht, dass Erfahrung sich entweder auf das eine (zum Beispiel auf »thing«) oder das andere (zum Beispiel auf »thought«) bezieht. Im Gegenteil, Erfahrung ist weder ausschließlich das eine noch das andere (James, Perry und James 2010, 10ff.).[29]

»Experience has both spatial and temporal reason, it is neither purely ›subjective‹ nor ›objective‹, neither ›mental‹ nor ›physical‹«. So beschreibt Richard Bernstein (2010, 45) dieses Zusammenfallen verschiedener traditioneller philosophischer Dualismen in Erfahrung. Ein überbrückender Aspekt von Erfahrung im Dewey'schen Sinne liegt also in der Ausgangsannahme, dass Erfahrung nicht zwischen Handlung und Material, Subjekt und Objekt usw. unterscheidet, sondern beides in nicht analysierter Totalität enthält.

Zugleich betonten sowohl James als auch Dewey die Prozessualität und damit eine zeitliche Dimension des Überbrückens mit dem Verweis auf »processes of experiencing« (Boydston, Ratner und Dewey 1981, 18). Dewey deutete (zumindest in diesem Teil seines Werkes) Erfahrung gerade nicht im Sinn eines Dilthey'schen Erlebnisses, sondern mit Betonung zeitlicher Bezüge in die Zukunft und in die Vergangenheit als einen Prozess des Erfahrens (vgl. Johach, Rodi und Dilthey 1997). »Durch Erfahrung lernen heißt, das, was wir den Dingen tun, und das was wir von ihnen erleiden, nach rückwärts und nach vorwärts in Verbindung zu bringen« (Suhr 2005, 71). Erst wenn die Folgen einer Handlung zurückwirken auf Personen und Objekte, kann von Erfahrung im Dewey'schen Sinn gesprochen werden. Die Betonung liegt auf dem Wechselspiel des Erfahrens von etwas und dem Umstand, dass diese Erfahrung erneut zum Teil der in Zukunft zu erfahrenden Objekte wird. Zur Verdeutlichung dient das bekannte Beispiel des Kindes, das sich an einer heißen Herdplatte verbrennt: Wenn es einen Zusammenhang zwischen Herdplatte und Schmerz herstellt, dann hat es nach Dewey aus Erfahrung gelernt und wird seine Handlungen in Zukunft darauf ausrichten.

Erfahrungen, gedacht als »processes of experiencing« (Boydston, Ratner und Dewey 1981, 18), können – wie dieses Beispiel verdeutlicht – als zeitliche Brücke fungieren. Dieses und andere Dewey'sche Gedankenexperimente illustrieren, dass die Überbrückung durch Erfahrungsprozesse immer einer aus der Vergangenheit kommenden Zukunftsgewandtheit folgt. Diese Zukunftsgewandtheit koppelt sich im Erfahrungsprozess mit einer Bedeutungsanreicherung der Dinge, die erfahren werden (Suhr 2005, 137ff.):

> Im Verlauf der Erfahrung, soweit sie ein Ergebnis ist, das durch Denken beeinflusst wird, nehmen Objekte, die wahrgenommen, gebraucht und genossen werden, in

---

28 Die Kritik an klassischen Dualismen zieht sich laut Martin Suhr wie ein Hauptmotiv durch John Deweys Arbeiten (Suhr 2005, 137).

29 »[…] ›thing‹ and ›thought‹, as James says in the same connection are […] single-barrelled; they refer to products discriminated by reflection […]« (Boydston, Ratner und Dewey 1981, 18).

> ihrer eigenen Bedeutung die Resultate des Denkens auf, sie werden bedeutungsreicher und bedeutungsvoller. (Suhr 2005, 137)

Denkt man Erfahrung im pragmatistischen Sinn als Prozess, stellt sie also nicht nur eine Brücke in Bezug auf eine Verknüpfung vergangener mit zukünftigen Handlungen her. Auch in der Addition von Bedeutungen verbindet Erfahrung ›alte‹ und ›neue‹ Bedeutungen. Die Bedeutung der Herdplatte als potenziell gefährlichem und Schmerz auslösendem Objekt wird zu den Bedeutungen, die sie vor dem Ereignis hatte, hinzugefügt. Diese teleologische Richtung von Erfahrung und heute etwas fortschrittsgläubig anmutende Vorstellung einer additiven Zunahme von Bedeutungen durch Erfahrungen ist sicherlich auch im zeitlich-historischen Kontext des zu Deweys Zeiten blühenden Darwinismus zu sehen (u.a. Joas 1992, Bogusz 2018).

Erfahrung als Kontrastbegriff: »erfahrungsnahe und erfahrungsferne Analysekonzepte«

In weiten Teilen wird in der Rezeption von Erfahrung im Pragmatismus eher deren verbindende Funktion betont (u.a. Joas 1992, Suhr 2005, Chakkalakal 2014). Erfahrung als Brückenbegriff kann jedoch – wie es Chakkalakals Ausführungen bereits zu entnehmen war – nicht nur zur Betonung von Verbindungen, sondern auch zur Abgrenzung genutzt werden. Es gibt, beispielsweise in der *Anthropologie der Sinne* (vgl. Classen 1997; Pink 2010; Howes und Laughlin 2012; Vannini, Waskul und Gottschalk 2013) eine lange Tradition der Unterscheidung vor allem der folgenden beiden grundlegenden anthropologischen Tätigkeiten: Feldforschen und Textproduktion (u.a. Kleinman und Kleinman 1991). Erfahrung wirkt dabei als disziplinärer Kontrastbegriff, mit dem Feldforschungserfahrung gegen wissenschaftliche Erfahrung positioniert wird. In medizinanthropologischen Auseinandersetzungen lässt sich meiner Ansicht nach eine solche Abgrenzungsstrategie exemplarisch anhand der Differenz in *erfahrungsnahe* und *erfahrungsferne* Analysebegriffe aufzeigen. Diese Unterscheidung wird auf Clifford Geertz, als Reformulierung des Begriffspaars emisch/etisch, zurückgeführt (vgl. Schwandt 2007). Darunter verstand Geertz folgendes:

> An experience-near concept is, roughly, one that someone – a patient, a subject, in our case an informant – might himself naturally and effortlessly use to define what he or his fellows see, feel, think, imagine, and so on, and which he would readily understand when similarly applied by others. An experience-distant concept is one that specialists of one sort or another – an analyst, an experimenter, an ethnographer, even a priest or an ideologist – employ to forward their scientific, philosophical, or practical aims. (Geertz 1974, 28)

Erfahrungsnahe und *erfahrungsferne* Konzepte (beispielsweise Angst und Phobie) sind eher Pole eines Kontinuums als binäre Gegensätze. Für Geertz ist das eine nicht geeigneter als das andere; sie lassen sich vor allem für verschiedene Kontexte einsetzen, und Ethnografie benötige beide Varianten. Geertz nutzte diese Zweiteilung für eine Legitimation der oszillierenden Erkenntnisproduktion in der Kulturanthropologie, die zwischen dem *going native* in der Feldforschung und der theoretischen Erkenntnisproduktion am Schreibtisch hin- und her pendelt. In dieser Fassung scheint es also durchaus noch Verbindungen zwischen den verschiedenen Sphären zu geben. Dennoch ging Geertz (wie bereits in Kapitel 3.1, S.89 ausgeführt) von einem ontologischen Unterschied aus: Es muss eine subjektive, einzelne Erfahrung des Einheimischen ›da draußen‹ geben, wenn die Anthropologin sie dann anschließend in *erfahrungsferne*, nicht intuitiv verständliche Konzepte am Schreibtisch übersetzt.

Arthur und Joan Kleinman dagegen, Pioniere der medizinanthropologischen Forschung, verwendeten den Begriff *erfahrungsnah* radikaler als Abgrenzung verschiedener Ontologien. Sie kritisierten, dass Erfahrung auf dem Weg vom Feld in die Ethnografie häufig ihre Spezifik verliere und in einer abstrakten, verkürzten, enthumanisierten Karikatur ende:

> Ethnography does participate in this professional transformation of an experience-rich and -near human subject into a dehumanized object, a caricature of experience. That it occasionally resists such transformation seems to have more to do with the constraints imposed by participant observation as an empirical practice – by its very nature a way of knowing difficult to isolate from the messiness and hurly burly of daily living – than with anthropological theorizing about experience and its mode. (Kleinman und Kleinman 1991, 276)

Sie polemisierten also gegen Ethnografien, die ihrer Ansicht nach *nicht erfahrungsnah am* Subjekt der Untersuchung bleiben, sondern fast immer *erfahrungsferne* Konzepte in Bücher verpacken. Im Gegensatz zu Geertz war es dezidiert ihr Ziel sich nicht an dieser Transformation zu beteiligen, die ihrer Ansicht nach Erfahrung in »etwas anderes als menschliche Erfahrung« (ebd., 292, Übersetzung CS) übersetzt. Doch wie können Ethnografien für die Autorinnen *erfahrungsnah* bleiben? Kleinman und Kleinman argumentierten zunächst, dass Leiden über Kulturen hinweg ein universeller Aspekt menschlicher Erfahrung sei (Kleinman 1989; Kleinman und Kleinman 1991, 1996). In dem Fallbeispiel ihres wegweisenden Aufsatzes *Suffering and its professional transformation: toward an ethnography of interpersonal experience* (1991) ging es dann um einen sich körperlich manifestierenden Modus persönlicher und politischer Not; um chronische Kopfschmerzen und Schwindel, die der Hauptakteur Huang in seinen Berichten selbst in einen bedeutungsvollen Zusammenhang mit traumatischen Kindheitserinnerungen stellte: Während der chinesischen Kulturrevolution wurde er für einen Zettel mit dissidentischem Inhalt, den

er gefunden, aber nicht verfasst hatte, hart bestraft. Für die Autorinnen zeigt dieses Beispiel den Typus einer psychischen Wunde – *renqing*, wie der Akteur ebenso wie die Autorinnen dieses Phänomen nennen –, die in der Generation von Huang weit verbreitet sei. Kleinman und Kleinman geben in diesem Aufsatz dabei eine (relativ) klare Definition ihres Erfahrungsbegriffs:

> Experience may, on theoretical grounds be thought of as the intersubjective medium of social transactions in local moral worlds. It is the outcome of cultural categories and social structures interacting with psychological processes such that a mediating world is constituted. (Ebd., 277)

Erfahrung bildet für die Autoren also einen intersubjektiven Mittelgrund, der innerliche psychologische Prozesse und äußerliche soziale Strukturen miteinander verbindet. Sie sprechen sich dafür aus, dass praktische Relevanz von ethnografischen Konzepten zentral sein sollte. Außerdem verbleiben sie in den Begriffen, die von den Akteuren eingebracht werden.

Diese starke Unterscheidung zwischen einer ethnografischen Karikatur und den erfahrungsnahen Konzepten ist auch im disziplingeschichtlichen Kontext einer Gegenbewegung zu Medikalisierungs- wie später Biomedikalisierungsdebatten zu sehen (Lock 2010) – unter dem Stichwort *Medikalisierung*, das von dem Soziologen Irving Zola geprägt wurde, wird unter anderem die Proliferation von medizinischem Wissen auf immer mehr und mehr Lebensbereiche kritisiert: »more and more of everydaylife has come under medical dominion, influence and supervision.« (Zola 1983, 295)

Kleinman und Kleinman schlossen an eine Kritik moderner medizinischer Versorgungssysteme an, wie sie in den 90er Jahren wichtig und aktuell waren (u.a. Beck 2007).

Auch die norwegische Kulturanthropologin Unni Wikan folgte dieser Unterscheidung von Kleinman und plädierte für die Nutzung von *erfahrungsnahen* Konzepten in Ethnografien. Sie schrieb:

> How valid is knowledge that is not anchored in experience? Why take in earnest what experts say? Or if we must, why credit them with privileged insight or even join forces with them to let contesting visions appear invalid or less than true? To follow this line of logic to its bitter end: Why not just follow the example of my Balinese friend and shrug our shoulders and say ›Well, I suppose it's right what they say, but.‹ We cannot, for we are sky-climbers-with short strings-bent on building conceptual castles in our pursuit of abstract, generalized knowledge. We join forces with some experts in privileging logic and coherence above messy inchoate experience, dismissing things as insignificant when they do not fit, rather than taking my friend's more humble, but also more self-assured stance, and credit contesting versions with a grain of truth. Where she can be generous, relaxedly

> unconcerned, we tend toward the defensive, all too concerned with the truth of what we call culture, a hegemonic structure that acts with the self-importance of a divine mission in driving heretics off. (Wikan 1991, 288)

Auch Wikan nutzte den Erfahrungsbegriff, um verschiedene ontologische Sphären zu kontrastieren, und brachte in diesem Zitat noch einmal explizit die Frage danach ein, welche Gültigkeit Expertise beanspruchen könne, die nicht in Erfahrung »verankert« (ebd., Übersetzung CS) sei.

Meiner Ansicht nach verweisen Wikan ebenso wie Kleinman und Kleinman auf zentrale Aspekte und Fragen der Legitimität und Relevanz ethnografischen Wissens. Allerdings erzeugen diese Argumentationen ihrerseits eine einseitige Unterscheidung in chaotische, gefühlige – aber auch gültige und relevante – Erfahrungen der Forschungssubjekte gegenüber klaren, generalisierenden, erfahrungsfernen Konzeptionen der Ethnografin. Wie also kann ein Zusammenhang zwischen Erfahrung und Expertise im Feld Genesungsbegleitung gedacht werden, ohne in einen solchen Dualismus zu verfallen und dennoch die Frage nach Relevanz und Legitimität nicht außen vor zu lassen?

Bevor ich zu dieser zentralen Frage komme, möchte ich meine bisherigen Überlegungen kurz zusammenfassen. Ich habe ausgeführt, dass der Erfahrungsbegriff in kulturanthropologischen Auseinandersetzungen häufig mit zweierlei Strategien eingehegt wird, die Erfahrung als Untersuchungsgegenstand eingrenzen oder festlegen. Einerseits durch bestimmte Modi, wie es *gelebte* und *narrative* Erfahrung sind, und andererseits durch die Betrachtung eines bestimmten Charakteristikums – wie einer Verbindungsfunktion – über verschiedene Erfahrungen hinweg. Einzelne Modi von Erfahrung können eingrenzen, was genau empirisch untersucht wird oder um welches Themenfeld es geht. So implizieren bestimmte Verständnisse von Erfahrung die empirische Untersuchung von Texten, Erzählungen usw. Im Beispiel der Verständnisse von Erfahrung als Brückenbegriff können dagegen verschiedene zu überbrückende Momente ausgemacht werden. Hier habe ich auf Varianten einer zeitlichen Verbindung (Throop, Turner) aufmerksam gemacht, sowie auf Konzepte, die eine Verbindung verschiedener ontologischer Bereiche vornehmen (Chakkalakal, Geertz) – zum Beispiel Feldforschung und Text. Zugleich kann die Idee einer Verbindung auch als Argument zur Kontrastierung dieser Ebenen genutzt werden, wie es unter anderem durch die Unterscheidung in *erfahrungsnahe* und *erfahrungsferne* Analysekonzepte (Kleinman und Kleinman, Wikan) geschieht.

3.3 Medizinanthropologische Auseinandersetzungen: Erfahrung als Expertise in der Konjunktur?

Die Popularität von Erfahrung als Fokus oder Rahmen für (medizin-)anthropologische Untersuchungen (u.a. Willen und Seeman 2012) hängt nicht zuletzt mit dem seit einigen Jahren konstatierten Bedeutungsgewinn von (Nutzerinnen)-Erfahrung für den Bereich der Gesundheitsversorgung zusammen (auch hier bei gleichzeitiger Unklarheit, was epistemische und ontologische Fragen betrifft; u.a. Boardman 2014, 2017): Die Geltung von *experiential knowledge*[30] für Handlungsentscheidungen (u.a. Popay und Williams 1996; Caron-Flinterman, Broerse und Bunders 2005; Boardman 2014; Baillergeau und Duyvendak 2016) sowie für politische Prozesse (Frances 2013b; Rabeharisoa, Moreira und Akrich 2014; Blume 2017) scheint zugenommen zu haben. Im psychologisch-psychiatrischen Spektrum sind beispielsweise »Wir-Wissen«[31] (van Haaster 2012), »experience-based expertise«[32] (Collins und Evans 2002) oder auch »Weisheit«[33] (Baltes und Staudinger 2000; Kleinman 2011) drei Schlagworte aus einer Fülle an Begriffen, die (Nutzerinnen)-Erfahrung und zertifizierte Expertise jeweils spezifisch zusammenführen.

In den sozialpsychiatrischen Diskussionen um Genesungsbegleitung wird dabei zumeist folgende Bewegung vermutet (siehe auch Kapitel 2.1, S. 19ff.): Die »lebensweltlich imprägnierte Erfahrung« (Beck 2009, 229) von Peers bewege sich hinein in Kontexte der psychiatrischen Versorgung. Erfahrungen von Nutzern, Patienten oder Betroffenen (die in einem Wissenschaftsideal von objektiver und methodisch kontrollierter Wissenschaft häufig als »nicht-wissenschaftlich« gewertet werden (Fleck 1935; Hampe 2000), könnten nun hinein in »wissenschaftliche« Debatten und »wissenschaftliches« Wissen wirken (u.a. Hampe und Lotter 2000; Nowotny, Scott und Gibbons 2006; Krueger et al. 2012; Utschakowski, Sielaff und Bock 2012).

---

30 Der Begriff »experiential knowledge« wurde wohl von Thomasina Borkman 1976 als analytisches Konzept eingeführt – im Kontext einer Auseinandersetzung mit Selbsthilfegruppen (Borkman 1976). Seine Rezeption fand jedoch verstärkt erst in den 2000er-Jahren statt (Blume 2017).

31 Siehe Kapitel 2 (S.13).

32 Auf diesen Begriff werde ich im Folgenden näher eingehen.

33 Die Psychologen Paul Baltes und Ursula Staudinger diskutierten relationistisches Anwendungswissen unter dem Terminus Weisheit (Baltes und Staudinger 2000). Expertise beziehe sich normalerweise auf klar definierte Systeme faktischen und prozeduralen Wissens, wohingegen Weisheit einen Bereich offenen, weniger leicht zu definierenden Wissens umfasse. Der Begriff stehe für eine Expertise »in the conduct and meaning of life« (Baltes und Staudinger 2000, 124). Diese zeichne sich dadurch aus, dass es sich sowohl um ein Faktenwissen als auch ein Prozesswissen zu lebenspragmatischen Zusammenhängen handle, das eine Fähigkeit zur Kontextualisierung impliziere, Relativität von Werten anerkenne und prinzipiell mit Unsicherheit rechne (Baltes und Staudinger 2000, 125f.).

Der Soziologe Lindsay Prior erklärte diese Bewegung (für den weiteren Kontext medizinischer Versorgung) folgendermaßen:

> It seems reasonably clear (from where we stand now) that during the later stages of the 20th century medical practitioners have been required to be more clearly and openly accountable to lay assessment and more sensitive to patient viewpoints than had previously been the case. [...] These trends are undoubtedly related to the operation of other, wider, forces that have led to a challenge on the expertise of professionals. Thus medicine – as with so many other forms of professional activity – has been confronted by something of a legitimation crisis during the late 20th century. (Prior 2003, 42f.)

Der Zugewinn an Legitimität und Anerkennung von »experiential knowledge« (u.a. Borkman 1976), »lay expertise« (u.a. Epstein 1996; Collins und Evans 2009), »patient expertise« (Pols 2014) wird in der Mehrheit der Diskussionen einer Legitimationskrise von Formen medizinischer Expertise ab der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts gegenüber gestellt (u.a. Prior 2003; Beck 2015a). Die Krise formal anerkannter Expertise wird dabei auch über den Bereich der Gesundheitsversorgung hinaus angenommen – beispielsweise für so heterogene (Wissen-)Felder wie Pädagogik (u.a. Westphal 2013), Umweltmodellierungen (Krueger et al. 2012) oder Schafzüchtung (Wynne 1996).[34]

Innerhalb von Gesundheitsversorgung fasste Felicity Boardman im Besonderen drei zusammenfallende Gründe für eine Konjunktur von Erfahrungsexpertise zusammen:

> The decline of paternalistic models of medicine, the paralleled increase in, and emphasis on, personalised medicine and patient organisations together with the gains made by both the feminist and disability rights movement since the 1970s have all contributed to the expanding value placed on the realm of the experiential as a resource with which to supplement, supplant or challenge medical knowledge. (Boardman 2017, 186)

Auch in dieser Begründung für einen vergleichsweise höheren Stellenwert von Erfahrung gegenüber medizinischem Wissen wird davon ausgegangen, dass es sich um den Abgesang auf ein paternalistisches Medizinmodell handle, der durch den gleichzeitigen (hier vor allem positiv bewerteten) Aufstieg von Demokratisierungsbewegungen flankiert sei (u.a. Cambrosio et al. 2014; Baillergeau und Duyvendak 2016; Blume 2017). Stefan Beck betonte dagegen als Hintergrund der Vertrauens-

---

34 Aktuell, in Debatten um ›fake news‹ und ›post-truth‹ Konditionen, erhält diese ›Krise der Expertise‹ neue Radikalität (Boyer 2018). (Vgl. auch Hampe und Lotter 2000; Nowotny, Scott und Gibbons 2006.)

krise allen voran eine fehlende Patientenorientierung moderner Biomedizin (Beck 2015a). Er polemisierte weiter:

> Als Gegenmaßnahme wird vorgeschlagen, fehlende Patienten*orientierung* durch eine intensivere Patienten*beteiligung* zu kompensieren: Man addiere zum wahren Wissen der Medizin die Perspektive der Betroffenen, dann könne die Performanz des medizinischen Systems im Interesse aller Beteiligten […] deutlich gesteigert werden. (Ebd., 229)

Was diese Konjunktur von Erfahrung für Formen der medizinischen Expertise bedeutet (u.a. Badcott 2005), wie sie zu bewerten sei, für welche Erfahrungen sie gelte (u.a. Porschen 2008), darüber besteht große Uneinigkeit – wie allein die letzten beiden Zitate zeigen – weniger jedoch über deren Aufstieg selbst (u.a. Popay und Williams 1996; Prior 2003; Rabeharisoa, Moreira und Akrich 2014; Boardman 2014).

Jeanette Pols konstatierte vor rund fünf Jahren in einer Metaperspektive auf diese Diskussionen, dass es vornehmlich zwei sozialwissenschaftliche Rahmungen dieser Konjunktur von Erfahrung in medizinischen Versorgungskontexten gebe (Pols 2014). Erstens eine, die sich mit Politiken von Laieninvolvierung befasse und zweitens eine, die sich vor allem den Wahrheitsansprüchen von Laienwissen und wissenschaftlichem Wissen widme:

> The first way builds on the sociology of scientific knowledge and is mostly concerned with the politics of lay participation […]. The second way of studying the relation between lay people and the sciences is concerned with the truth claim of both scientific and lay knowledge. (Pols 2014, 74)

Harry Collins und Robert Evans beispielsweise setzten sich vor allem mit der Legitimität und den Wahrheitsansprüchen von Expertinnenwissen auseinander und problematisieren die verschwimmenden Grenzen zwischen Laieninvolvierung (eine *Laienexpertise* gibt es ihrer Ansicht nach nicht) und Expertinnen-Expertise. Sie entwickelten eine Taxonomie verschiedener Expertisen entsprechend der Reichweite und Legitimität verschiedener Expertisen.[35] In ihrem viel rezipierten Aufsatz »The third Wave of Science Studies: Studies of Expertise and Experience« (Collins und Evans 2002) argumentierten sie, dass die Frage der genauen Definition von Expertinnen immer dringlicher werde. Dabei begaben sie sich dezidiert auf die Suche nach den Alleinstellungsmerkmalen wissenschaftlicher Expertise: »If it is no longer clear that scientists and technologists have special access to truth, why

35 Von »No-Expertise« über »Interactional Expertise« und »Contributory Expertise« bis hin zu »Referred Expertise« steigt in ihrer Darstellung der Legitimitätsanspruch für Expertise (Collins und Evans 2002).

should their advice be specially valued?« (Ebd., 236).[36] Sie verwarfen den Begriff der Laienexpertise und argumentierten, dass Erfahrung kein alleiniges Kriterium für Expertise sein könne (ebd., 251). Dabei bewerteten sie den eingangs beschriebenen Bedeutungsgewinn von Erfahrung für Expertise vor allem kritisch. Auf diese Argumentation von Collins und Evans bezog sich beispielsweise auch oben bereits zitierter Lindsay Prior, um die Grenzen von Laienexpertise zu betonen:

> And all in all, they are experts by virtue of ›having experience‹. Yet, experience on its own is rarely sufficient to understand the technical complexities of disease causation, its consequences or its management. This is partly because experiential knowledge is invariably limited, and idiosyncratic. It generates knowledge about the one instance, the one case, the single ›candidate‹ […] Above all, lay people can be wrong. (Prior 2003, 53)

Collins und Evans, ebenso wie Prior sehen in Erfahrung also ein nur teilweise legitimes bis illegitimes Fundament von Expertise, das über subjektive Einschränkungen nicht hinausreiche. Auch der britische Medizinethiker David Badcott verwies auf eine seiner Ansicht nach notwendige, klare Trennung von Erfahrung und Expertise, hält dabei ›den Patient‹ jedoch für einen Experten im hermeneutischen Sinn:

> Whilst clearly the patient is an expert in the hermeneutic sense – it is they and they alone who experience their illness – there is nevertheless a risk of confusing experience with expertise. Experience limited to an individual does not of itself give rise to the generalisations that underlie reliable clinical treatment. Neither do the vast majority of patients possess the physiological and pharmacological knowledge to fully appreciate the biological nature of their illness nor the basis, risks or limitations of therapeutic measures. (Badcott 2005, 173)

Wie ich bereits in Kapitel 2.1 (S. 38 ff) ausgeführt habe, finde ich die Fragen nach den Grenzen von Erfahrungsexpertisen und ebenso nach den Differenzen zwischen Erfahrung und Expertise sinnvoll, um nicht in einer essentialisierenden Perspektive zu münden, die der einen wissenschaftlichen, generalisierbaren Expertise die eine authentische, individuelle Erfahrung gegenüberstellt. Doch das Verständnis von Erfahrung, das sich in den vorangegangenen Positionen artikuliert, scheint mir seinerseits stark limitiert – weil es lediglich eine individuelle, subjektive Erfahrung erkennen mag, die eben nicht intersubjektivierbar sei. Priors und Evans/Collins Argumente bauen darauf auf, dass Erfahrung allein im Sinne einer individuell durchlebten Erfahrung gedeutet wird, die diesem Ursprung nicht entrinnen kann. Das führt dazu, dass die Reichweite von Erfahrung immer beschränkt bleibt, wie

36 Collins und Evan nutzten also ein ähnliches Argument wie Unni Wikan, gelangen jedoch zu dem komplett gegensätzlichen Schluss, dass es keine Laienexpertise gäbe.

ich ebenfalls bereits in Kapitel 2.1 ausgeführt habe (für eine andere Perspektive auf Erfahrung siehe u.a. Klausner 2011).

Badcotts Problematisierung geht zwar auch vom Durchleben einer Erfahrung aus, richtet sich dabei jedoch weniger an einem alleinigen Wahrheitsanspruch von Expertise aus, sondern vielmehr an einer angewandten Zielvorstellung innerhalb von Gesundheitsversorgung. Er warnte davor, sich von einem Enthusiasmus über die Anerkennung der Rechte und Emanzipierung von marginalisierten Gruppen mitreißen zu lassen und jegliche formalisierte Expertise zu delegitimieren. Stattdessen plädierte er dafür, neue Formen der Zusammenarbeit als informierte kollaborative Allianzen zwischen zertifizierten Expertinnen und Nutzerinnen zu etablieren (Badcott 2005, 177). Ich folge zumindest seiner Feststellung, dass neue Allianzen in der Gesundheitsversorgung notwendig sind und werden: Allerdings zeigen sich hier erneut Besonderheiten des Forschungsfeldes Genesungsbegleitung, denn Genesungsbegleiter entziehen sich seinem Vorschlag: Sie sind weder ›nur‹ Patientinnenexperten (also Nutzerinnen) noch ›nur‹ professionell praktizierende Mitarbeiterinnen im *psy-complex*. Ihre Expertise ist klar an ein Durchleben von Erfahrung, an eine Biografie gebunden, muss jedoch darüber hinaus gehen, um im Alltag wirksam zu werden.

Während also dieser Strang der Auseinandersetzungen, den ich auf den letzten beiden Seiten eingeleitet habe, vor allem Wahrheitsansprüche von Erfahrung und Expertise betrachtet, richtet sich ein anderer Zweig der wissenschaftlichen Untersuchungen vor allem auf aktivistische und politische Aspekte von Erfahrungsexpertise.

Ein Beispiel hierfür ist die klassische Studie von Steven Epstein (1996) zur Partizipation von AIDS-Betroffenen – er befasste sich beispielsweise nicht mit dem Wahrheitsanspruch, sondern mit Politiken von Laieninvolvierung. Sein Forschungsfeld, die amerikanische AIDS Bewegung in den 80er Jahren, ist in vielerlei Hinsicht ein besonderes Beispiel, unter anderem da sie den festen Griff der *Food and Drug Association* herausforderte und die vorgegebenen Kontrollen über medizinische Studien neuer Medikamente aushebelte (ebd.).

Auch Michel Callons und Vololona Rabeharisoas umfassende Studien zu Aktivitäten von Patientengruppen im Kontext von Muskeldystrophie konzentrierte sich auf die politische Rolle der Einbeziehung von Erfahrenen (Callon und Rabeharisoa 2008). Rabeharisoa entwickelte anschließend das Konzept von »evidence-based-activism« (Rabeharisoa 2006, Rabeharisoa, Moreira und Akrich 2014), um den sich verändernden Fokus dieser Gruppen auf Wissensproduktion und den damit verbunden Einfluss auf politische Prozesse zu beschreiben:

> This two-fold role played by patients' organiations as ›lay experts‹ and ›experts of experience‹ has led to new forms of cooperations between patients and specialists in the production, discussion and dissemination of knowledge. This transfor-

> mation expended the repertoire of style of mobilisation enacted by patients and users' organisation, adding to forms of contestations, new modalities of articulation that bring together these organisations and specialists to negotiate the scope of epistemic arenas for their condition. (ebd., 113)

Thematisiert wird in diesem Zitat die neue Rolle von Patientengruppen in der aktiven Wissensproduktion und in Bezug auf Gesundheitspolitik in Zeiten von evidenzbasierter Medizin, einer Vervielfältigung von Diagnosen und neuen legislativen Rahmungen, die Patientinnen und andere Stakeholder anerkennen (vgl. ebd.).

Beide hier nur angerissenen Auseinandersetzungslinien – die Konzentration auf politische und aktivistische Aspekte einerseits und Wahrheitsansprüche andererseits – legen nach Ansicht von Pols ein bestimmtes normatives epistemologisches Konzept von *experiential knowledge* zugrunde. Sie plädierte stattdessen dafür, dieses Wissen, das sie *patient knowledge* nennt, in der Praxis zu untersuchen. *Patient knowledge* sei keine Wissenssammlung, so Pols, sondern eine tägliche Praxis des Wissens (im Sinne von *knowing*) in Aktion (Pols 2014). Es müsse also vermehrt darum gehen einen Forschungsfokus auf diese Praxis zu legen.

Auch im Kontext von Genesungsbegleitung wird häufig von Erfahrung in einem solchen Bestandsmodus, wie Pols ihn kritisierte, gesprochen – zum Beispiel mit Formulierungen wie ›Schatzkästchen‹ oder ›idealistischer Inhalt‹ (siehe auch Kapitel 2.1, S. 38ff.). Die drei zentralen Schwierigkeiten, die eine solche Konzeption mit sich bringt, habe ich bereits in Kapitel 2 ausgeführt: Erfahrung wird erstens in einem solchen Verständnis tendenziell unanfechtbar (Pols und Hoogsteyns 2016, 41). Zweitens erscheint Erfahrung vor allem als unmittelbare und authentische Erfahrung (und nicht als Erfahrung, die in Kontexten und unter deren Einwirkung hervorgebracht wird). Drittens wird *experiential expertise* zu einer undeutlichen, weil sehr breiten Kategorie. Pols und Hoogsteyns sahen den Grund dafür, dass es zu einem solchen Verständnis kommt, darin, dass die meisten Auseinandersetzungen die Idee eines Durchlebens von Erfahrung implizierten. Stattdessen sprachen sich Pols und Hoogsteyns dafür aus, den Begriff im Sinne von »Erfahrung mit etwas haben« (Pols und Hoogesteyns 2016, Übersetung CS), prozessualer zu verstehen und von einem vermeintlich essenziellen Inhalt zu lösen:

> The kind of knowledge that results from this process, we suggest, can best be understood as ›having experience with‹ in the sense of having developed skills and know-how on living well with incontinence [ihr Forschungsgegenstand, CS], providing a repertoire for dealing creatively with new situations. Rather than as a source of knowledge, experience is then understood as a form of know-how, consisting of interpretive and pragmatic skills that permit a life worth living as a person with disability. (Pols und Hoogsteyns 2016, 51).

Pols und Hoogsteyns schlagen demnach vor, Erfahrung und Patientinnenwissen als Praxis zu untersuchen, die medizinisch-formales Wissen herausfordert. Diesem Vorschlag folgend, versuche ich Erfahrungsexpertise in konkreten Praktiken im (teil-)stationären psychiatrischen Alltag zu analysieren. Auch Stefan Beck signalisierte für den spezifischen deutschen Kontext von Genesungsbegleitung, dass *Erfahrungsexpertise* historisch und politisch situiert werden sollte, damit die von Pols und Hoogsteyns genannten Implikationen einer durchlebten Erfahrungsexpertise nicht eintreten.

> I interpret the success of these new forms of producing and mobilizing expertise in the medical domain as a reaction to a fundamental authority crisis of the medical profession, an attempt by professionals to overcome the lack of trust which many patients exhibit in relation to the medical system and especially the abstractness and technicality of biomedical experts. On the one hand this can be interpreted as an attempt to ›humanize‹ biomedicine – polemically it is pills with a human face. On the other hand, these programs might run the danger to reproduce deeply and dearly held (mis-)understandings of the western subject. (Beck 2015a, 18)

In vielen medizinanthropologischen Auseinandersetzungen scheinen Selbsthilfegruppen ein zentrales empirisches Untersuchungsfeld zu sein (u.a. Borkman 1976; Rabeharisoa, Moreira und Akrich 2014; Baillergeau und Duyvendak 2016). Genesungsbegleitung ist ein diesen empirischen Schwerpunkt erweiterndes Beispiel für die Auseinandersetzung mit Erfahrungsexpertise. Von dem in Selbsthilfegruppen praktizierten Umgang mit Krankheit hebt sie sich unter anderem durch die direkte alltägliche (teil-)stationäre Zusammenarbeit ab, mit der sie an einen klinischen oder anderen komplementären institutionellen Kontext gebunden ist. Die Frage, wie formal anerkannte, zertifizierte medizinisch-psychiatrische Expertise und *experiential knowledge* sinnvoll miteinander gekoppelt werden können, wurde bisher kaum untersucht (Boardman 2017). Stefan Beck betonte die Ambivalenz der spezifischen Genesungsbegleitungs-Expertise – im Unterschied zu Selbsthilfegruppen–, die einerseits lokal und körperlich gebunden sei und andererseits über diese konkreten Kontexte hinaus mobilisiert werde:

> It is an expertise that is impregnated with a certain authenticity that – on the eye of everybody involved – enhances the trustworthiness and reliability of disseminated knowledges. At the same time, and partially owing to this authenticity index, the expertise produced is highly localized, integrated into specific ecologies and problem scapes. But at the same time, this localized, specific expertise is mobilized beyond the boundaries of the particular knowledge spaces in a systematic way. (Beck 2015a, 18)

Wie also mobilisieren Genesungsbegleiter die spezifisch körperlich verknüpfte, lokale Erfahrung über diesen Kontext hinaus und bringen sie systematisch in (teil-)stationäre Alltage ein?

4 Reflexion über Reflexion. Oder: »Es geht ja nicht darum, einfach nur seine Erfahrungen einzubringen«

> Es geht ja nicht darum, einfach nur seine Erfahrungen einzubringen. Sondern ich glaube schon, dass sie [die Genesungsbegleiterinnen, CS] diese Erfahrung auch in besonderer Weise reflektiert haben müssen und in besonderer Weise Kenntnisse erworben haben müssen, die ihnen auch helfen, den therapeutischen Ansatz und die theoretischen Überlegungen hinter diesen therapeutischen Ansätzen zu verstehen, um dann tatsächlich mitarbeiten zu können. (EI 8; 22.02.2017)

Dieser Gesprächsausschnitt[1] greift nochmals den Gedankengang eines interviewten Psychiaters auf, der mit Genesungsbegleiterinnen in der stationären Versorgung zusammenarbeitet. Er sieht die Besonderheit ihrer Expertise nicht allein darin, dass sie eine psychische Krise erlebt haben, sondern in einer spezifischen Reflexivität in Bezug auf diese Krisenerfahrung. Reflexivität, beziehungsweise spezifische Modi des Reflektierens, werden als zentraler Aspekt der Mobilisierung von Erfahrung als Expertise in meinen empirischen Materialien verhandelt. Bevor ich genauer auf diese Aussage und andere Beispiele eingehe, die von Reflexivität[2] und Reflektieren im (teil-)stationären Kontext handeln, möchte ich auch zu diesem polysemantischen und vieldiskutierten Begriff einige Vorbemerkungen machen (vgl. für zusammenfassende Diskussionen u.a. Woolgar 1991; Marcus 1994; Lynch 2000, Salzman 2002). Reflexivität ist laut Schällibaum der umfassendere Begriff, da er

1 Siehe Einleitung, Teil II, S. 73

2 Wie Urs Schällibaum in seiner Diskursanalyse »Reflexivität und Verschiebung« verdeutlicht, wird philosophiegeschichtlich nicht deutlich zwischen Reflexivität und Reflexion unterschieden (Schällibaum 2001).

den Prozess und nicht den Gegenstand zum Thema mache (Schällibaum 2001). Ich spreche hier im Anschluss an Schällibaum zunächst von Reflexivität, entwickle dann aber einen Fokus auf Praktiken des Reflektierens (Lynch 2000; Schällibaum 2001).

Reflexivität umfasst in kulturanthropologischen Diskussionen Bedeutungen in einem breiten Spektrum: von der optisch-mechanischen Rückspiegelung bis zur bewussten menschlichen Fähigkeit, von radikaler Reflexivität hin zu »gutartiger Introspektion« (Woolgar 1991, Übersetzung CS). Dabei bleibt eine Zweiteilung in bewusste Reflexivität als menschlicher Eigenschaft (im Sinne behutsamen Abwägens und gründlichen Durchdenkens) und automatisierter Maschinenreflexivität (als Wenn-Dann-Funktion) bisher weitestgehend erhalten, wie Teun Zuiderent-Jerak und Esther von Loon problematisieren (Loon und Zuiderent-Jerak 2012, 137; Loon 2015).[3] Mein Verständnis von *Praktiken des Reflektierens* geht über diese dichotome Einteilung hinaus. Wie ich in diesem Kapitel ausführe, verstehe ich Reflexivität als » ›sense-making‹ activity performed by people or inscribed into written documents« (Loon 2015, 17). Das heißt, *Praktiken des Reflektierens* sind in diesem Sinne nicht kontextunabhängig, ausschließlich individuell oder nur introspektiv – sie beschreiben keinen innerlichen kognitiv-mentalen Vorgang (können sich jedoch auf einen solchen beziehen). Sie können in Materialien, Infrastrukturen, Kontexte, digitale Geräte usw. eingeschrieben sein. Vor allem jedoch entstehen die Reflexivitäten, die ich hier betrachte, in alltäglichen, materiell-semiotischen Praktiken.

Zunächst möchte ich jedoch mit zwei exemplarischen Trajektorien von Reflexivität einleiten – wie sie in der *Writing-Culture*-Debatte und in Theorien der *reflexiven Moderne* erkennbar sind (4.1. und 4.2). Diese bieten einerseits eine disziplinär-methodologische und andererseits eine gesellschaftheoretische Hintergrundfolie für Praktiken des Reflektierens, wie ich sie in Teil III für das Feld Genesungsbegleitung ausarbeite. Daraufhin werde ich in Kapitel 4.3 auf den feldspezifischen Kontext von Reflexivität, sowohl in Forschungen zu Gesundheitsversorgung als auch innerhalb des Feldes Genesungsbegleitung eingehen.

3 Autor und Autorin beschreiben anhand eines Organisationsinstruments, welches Reflexivität in der Gesundheitsversorgung erhöhen soll, wie sich verschiedene Inhalte und Formen des bewussten wie unbewussten Reflektierens mit diesem Instrument verknüpfen und dabei formalisieren (Loon und Zuiderent-Jerak 2012). Durch die Einführung des sogenannten *Care Delivery Plans* werden zugleich bestimmte Formen der Reflexivitä erhöht und andere erschwert. Loon und Zuiderent-Jerak entwerfen damit eine detaillierte und verknüpfte Analyse einer spezifischen Mensch-Maschine-Reflexivität, die weder nur ›automatisiert‹ noch nur ›bewusst‹ erfolgt.

4.1 Kulturanthropologisch-methodologische Reflexivitäten und die *Writing-Culture*-Debatte

Im Kontext ethnografischen Forschens stellt sich sogleich die Assoziation mit den lang anhaltenden methodologischen Debatten zwischen den späten 1960er- und den 1980er-Jahren ein, die in der sogenannten *Writing-Culture*-Debatte (Clifford et al. 1986) und dem gleichnamigen Band von George Marcus und James Clifford kulminierten (u.a. Salzman 2002).[4] In ihnen wurden neue Formen der disziplinären Reflexivität insbesondere bezüglich der Repräsentation von Feldforschung in Ethnografien gefordert. Hitzige Debatten wurden darüber geführt, wessen Ethnografie *reflexiver* im Umgang mit hegemonialen Strukturen sei (Marcus, 1994:393) und Reflexivität entwickelte sich zu einem Teil des disziplinären Lösungswegs für einen bewussteren Umgang mit Differenzen und Machtstrukturen in kulturanthropologischer Forschung (Pillow 2003).[5] Die konkrete Umsetzung von Reflexivität in Forschungen und deren Repräsentationen in Ethnografien wurde dann häufig als etwas interpretiert, das ein kontinuierliches Ichbewusstsein (self-awareness, Übersetzung CS) des Feldforschenden während der Forschung benötige (Pilllow 2003).

Dominic Boyer bezeichnete ebenjene disziplinäre Variante als *reflexivity* 2.0. (Boyer 2015) und Doris Bachmann-Medick konstatierte im Hinblick auf methodologische und auf textuelle Repräsentationen fokussierte Reflexivität einen *reflexive turn* der Sozial- und Kulturwissenschaften (Bachmann-Medick 2014). Rückblickend lokalisierte der französische Anthropologe James Faubion den Kern der Reflexivität im Kontext der *Writing-Culture*-Debatte in einer professionellen Selbstkritik, die sich auf die Repräsentation von empirischen Methoden, die Positioniertheit der Ethnografinnen, ihr Verhältnis zum Forschungsgegenstand usw. richtet. Es handle sich dabei vor allem um eine Form der Reflexivität, die das Fach und seine Methoden selbst zum Gegenstand habe (Faubion und Marcus 2009, 149).

Dabei werden seit der *Writing-Culture*-Debatte wiederholt drei wesentliche Zwecke von *reflexivity* 2.0 eingebracht (Salzman 2002, 807): Erstens fungiere sie als Erkennungszeichen innerhalb der Disziplin für *die* postmoderne Anthropologin, die einem epistemologischen Relativismus und Perspektivismus verpflichtet sei und ihre Position als Forscherin reflektiere. Zweitens wird argumentiert, dass *reflexivity* 2.0 zu qualitativ besserer Forschung führe. Drittens sei sie ein Dienst an der Leserin, da Informationen zur Verfügung gestellt würden, die die Einschät-

4 Im Kontext des von James Clifford geprägten Modus von *experiential authority* bin ich bereits in Kapitel 3.2 (S.98ff.) auf diese Debatte eingegangen.

5 Beispielsweise kritisierte Paul Rabinow im Sammelband »Writing Culture« (Clifford et.al 1986) James Clifford nicht selbstkritisch genug zu sein (Marcus 1994, 393).

zung des Gelesenen erleichterten: »By being told the ›position‹ of the researcher, we can see the angle and view from which the findings arose.« (Ebd., 808.)

Die *Writing-Culture*-Debatte ist bei weitem nicht der einzige innerdisziplinär relevante Schauplatz von Debatten um Reflexivität, aber einer, der sich fachgeschichtlich als zentral erweist und bis heute nachklingt – wovon die unzähligen Bezüge mit Titeln wie »After Writing Culture« (James 1997; Knecht 2013), »Beyond Writing Culture« (Zenker und Kumoll 2010), »Re-writing Culture« (Shi 2009) usw. zeugen. Allein dieser Schauplatz zeigt, dass in den disziplinären Diskussionen um Reflexivität sehr unterschiedliche Verständnisse des Begriffs und verschiedene Umsetzungsvarianten kursieren. Der US-amerikanische Soziologe Michael Lynch führte aus, wie Reflexivität sich beispielsweise als eine Form methodologischen Selbstbewusstseins (wie es besonders in Bezug auf Teilnehmende Beobachtungen diskutiert wird) verstehen lässt oder als Reflexion der eigenen Position und des daraus resultierenden situierten und partialen Wissens interpretiert wird (so unter anderem in *standpoint theories*[6]) (Lynch 2000). Dabei ist Reflexivität, die sich auf Fragen der (kulturanthropologischen) Methodologie richtet, für Lynch nur eine Variante unter vielen verschiedenen Formen innerhalb sozialwissenschaftlicher Debatten – er listet allein sieben auf, ohne Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben. Einigkeit innerhalb der sozialwissenschaftlich-methodologischen Diskussionen zu Reflexivität, so Lynch, bestehe nur dahingehend, dass sie per se als positive moralische Auszeichnung der Forscherin angenommen würde, die mit einer kritischen Haltung gegenüber Machtverhältnissen einhergehe (und er ist nicht der erste, der diese Kritik übt: siehe Watson 1987).

Die Inkorporation von Reflexivität – als zentralem Merkmal kulturanthropologischer Wissensproduktion – bleibt ein wichtiger Topos der Fachgeschichte. Reflexivität wurde im Kontext ethnografischer Forschungen nach der *Writing-Culture*-Debatte nicht nur im Hinblick auf Repräsentationsfragen, sondern auch in Bezug auf die Forscherrolle im Feld sowie auf die Situiertheit von Wissensproduktion umfassend diskutiert (u.a. Watson 1987; Marcus 1994; Niewöhner 2018). Reflexivität gilt auch heute, allerdings in anderen Varianten, als wesentliches Merkmal ethnografischer Wissensproduktion (u.a. Boyer 2015; Bieler, Bister und Schmid; in Vorbereitung; Niewöhner in Vorbereitung). Die Mehrheit gegenwärtiger Verständnisse von Reflexivität innerhalb kulturanthropologischer Auseinandersetzungen unterscheiden sich vor allem dahingehend, wie und mit

---

6 *Standpoint theories* entwickelten sich in den 1970er- und 1980er-Jahren als feministisch-kritische Theorien, die die Zusammenhänge zwischen Wissensproduktion und Machtverhältnissen fokussieren (Harding 2004, 1f.). Sandra Harding bringt in ihrem Programm einer *strong objectivity*, die marginalisierte Stimmen und Positionen zum Ausgangspunkt nimmt, Reflexivität unter anderem folgendermaßen ein: »Strong objectivity requires that the subject of knowledge be placed on the same critical, causal plane as the objects of knowledge. Thus, strong objectivity requires what we can think of as ›strong reflexivity‹.« (Harding 1993, 69)

welchem Ziel reflektiert werden soll (Lynch 2000; Salzman 2002). Seltener steht im Zentrum, wer außer dem Forscher Teil von Reflexionsprozessen ist und welche problematischen Effekte sie mit sich bringen können.[7]

4.2 Reflexivitäten in Theorien einer reflexiven Moderne

Eine weitere Bestimmung von Reflexivität kann als Hintergrund für meine Interpretationen nicht unerwähnt bleiben, da sie unter anderem in den einflussreichen Gesellschaftstheorien der *Zweiten Moderne*[8] (Beck 2003) beziehungsweise der *reflexiven Modernisierung*[9] (Beck 1996; Giddens 2010) impliziert wird. Beide Theorien wiederum werden von vielen Kommentatoren herangezogen, um neuartige Konstellationen zwischen Laien und Experten zu erklären oder zu postulieren (u.a. Nowotny 2003a; Porschen 2008; Böhle und Weihrich 2009a). Innerhalb von Theorien einer *reflexiven Moderne* und der Auseinandersetzungen, die sich auf diese beziehen, gibt es sehr unterschiedliche Ansätze, die veränderte Produktion und Wirkweise von Expertise in der *Postmoderne* zu beschreiben. Ein häufig eingebrachtes Argument bezieht sich auf die offensichtlich werdenden Grenzen, an die ein klassisches Verständnis von Expertise stößt: Im Zuge eines rapide anwachsenden Wissens werde zugleich ein neues Ausmaß an Nichtwissen produziert, das die Autorität von Expertise infrage stelle (Porschen 2008; Böhle und Weihrich 2009b).

Ein anderer Begründungszusammenhang – beispielsweise im Kontext des weit rezipierten Formwandels von *Mode-1-Wissen* in *Mode-2-Wissen* (Gibbons 1994)[10] –

7 Viele kulturanthropologische Auseinandersetzungen, die Typisierungen verschiedener Formen von Reflexivität anbieten und damit prinzipiell die Offenheit des Begriffs anerkennen, verteidigen Reflexivität gleichzeitig per se als kritisches Gut der Forscherin (u.a. Foley 2002).

8 Ulrich Becks »Auf dem Weg in eine andere Moderne« (Beck 2003) gilt als Ausgangsschrift der Theorien der »Zweiten Moderne«, da in ihr schon die Kernunterscheidung eines Epochenwandels in einfache und reflexive Moderne getroffen wurde und ein Wandel der industriellen Moderne in eine – wie auch immer geformte – andere Moderne angelegt ist (u.a. Schroer 2009; Lamla und Laux 2012).

9 »Obwohl sie aus unterschiedlichen Traditionen heraus starten und in Detailfragen durchaus verschiedener Meinung bleiben, ergeben sich im Laufe der 1990er Jahre doch so weitreichende Übereinstimmungen zwischen ihren Perspektiven, dass von einem gemeinsam verfolgten Theorieprojekt gesprochen werden kann […] Eine zentrale Gemeinsamkeit ihrer Perspektiven besteht in der geteilten Abneigung gegenüber pessimistischen Gegenwartsdiagnosen und Zukunftsaussichten […] Gegenüber diesen von beiden als postmodern eingestuften Verlustdiagnosen besteht Beck ebenso wie Giddens darauf, dass wir es in allen genannten Fällen nicht mit einem Ende, sondern mit einem Wandel zu tun haben.« (Schroer 2009, 492)

10 Die weit diskutierte und häufig auf diese beiden Schlagworte reduzierte These eines Formwandels in der Produktion von Wissen und Forschung von »mode 1« in »mode 2« bietet allein genug Material für eine eigene Forschung (Nowotny 2003b; Nowotny, Scott und Gibbons 2006). Grob zusammengefasst ist das »alte« Paradigma der wissenschaftlichen Entdeckung

richtet sich stärker auf die Pluralisierung von Orten, Instanzen und der Produktion von Expertise unter Bedingungen einer *reflexiven Moderne*.

Die gesellschaftstheoretischen Konzepte *reflexiver Modernisierung*, beschreiben die *Postmoderne* als eine Epoche, die sich unter anderem durch permanente Revision aller Lebensbereiche und Handlungsfelder auszeichne und in der die Gesellschaft sich selbst über die Produktion nichtintendierter Nebenfolgen, und wiederum deren Nebenfolgen, verändere (u.a. Lemke 2007, 107f., Böhle und Weihrich 2009). Reflexivität nimmt dabei auf verschiedenen Ebenen eine zentrale Stellung innerhalb dieser Modelle der aktuellen Gesellschaft ein, ohne allerdings in den verschiedenen Verständnissen übereinzustimmen oder immer klar definiert zu sein: Für Anthony Giddens beispielsweise zeichnete sich die *reflexive Modernisierung* durch einen Anstieg institutioneller Reflexivität ebenso aus wie durch die Zunahme reflexiver Entwürfe des Körpers und des Selbst (Lemke 2007, 108; Keller 2008, 16; Giddens 2010). Institutionen würden im Zuge dieses epochalen Wandels in zweifacher Hinsicht reflexiv: Zum einen seien sie mit Problemen konfrontiert, die selbst initiiert sind, aber dann zu nichtintendierten Folgen führen (zum Beispiel einer entfesselten Wirtschaftsweise, die zu sozialen Verwerfungen führt); zum anderen würden sie in ihrer Kontingenz sichtbar und hinterfragbar. Diese zeige sich vor allem, dass Grundprinzipien der Moderne, wie etwa die Geschlechterformen, in Frage gestellt werden (Lamla und Laux 2012, 131).

An dem (häufig implizit) gesetzten Reflexivitätsverständnis in Theorien *reflexiver Modernen* ist verschiedentlich Kritik laut geworden (u.a. Lynch 2000). Der Kulturwissenschaftler Andreas Reckwitz verwies beispielsweise im Anschluss an die Kritiken von Scott Lash (Lash 1992, Beck 1996) und Nicolas Rose (1999) darauf, dass sowohl die Idee der *reflexiven Moderne* als auch der *zweiten Moderne* grundsätzlich einen reflexiven Akteur benötigt. Ein solcher Akteur müsse kognitiv in der Lage sein, mit Konstellationen der Wahl und Entscheidung wie der Abschätzung von Nebenfolgen umzugehen (Reckwitz 2009, 170). Es handle sich dabei folglich dabei um einen Reflexionsbegriff, der auf eine kognitiv-mentale Perspektive verkürzt sei. Reckwitz spricht von einer gewissermaßen auf sich selbst zurückfallenden Dynamik, die zu einer modernistischen Selbstbeschreibung der Moderne führe: »Der

---

(»mode 1«) charakterisiert durch die Hegemonie von experimenteller und theoretischer Wissenschaft, durch die Autonomie von Wissenschaftlerinnen und ihrer Institutionen; wohingegen »mode 2« Wissensproduktion sozial verteilt, anwendungsorientiert, sowie trans-disziplinär ist und sich vor unterschiedlichen Kontexten legitimieren muss (Gibbons et al. 1994; Nowotny, Scott und Gibbons 2006). Interessanterweise ist ein Charakteristikum von »mode 2« Wissen, dass es hoch reflexiv sei: »…it has become a dialogic process, an intense (and perhaps endless) ›conversation‹ between research actors and research subjects – to such an extent that the basic vocabulary of research (who, whom, what, how) is in danger of losing its significance.« (Nowotny, Scott und Gibbons 2006, 179) Das heißt, auch innerhalb dieser spezifischen Diskussion kursiert ein bestimmtes (dialogisches)Verständnis von Reflexivität.

Rationalismus der reflexiven Akteure und formalen Regeln, die Überwindung [...] der Kultur macht genau diese modernistische Selbstbeschreibung aus, die kulturtheoretisch kritisierbar ist.« (Reckwitz 2009, 172.) Die einseitige Orientierung an kognitiv-mentaler Reflexivität produziere sowohl eine hinterfragbare subjektzentrierte Perspektive auf Handlungen als auch Leerstellen in Bezug auf andere Formen der Reflexivität, wie beispielsweise eine ästhetisch-sinnliche (Reckwitz 2009, 180). Es scheint mir wichtig, diese Kritik ernst zu nehmen, zugleich jedoch eine der Errungenschaften der Theorien, nämlich die Auseinandersetzung mit systemischen und institutionalisierten Formen der Reflexivität nicht aus den Augen zu verlieren.

Diese exemplarische Skizze zweier unterschiedlicher Verständnisse von Reflexivität (wie sie einerseits in der *Writing-Culture*-Debatte, andererseits in Theorien der *reflexiven Moderne* erkennbar sind) zeigt erstens die Sonderrolle von Reflexivität in kulturanthropologisch-methodologischen Diskussionen, die stark an eine forschende, menschliche Person gekoppelt ist – nicht unbedingt jedoch als kognitiv-mentales Reflektieren verstanden wird. Zweitens verweise ich damit auf einen Reflexivitätsbegriff in den zeitgenössischen, populären Gesellschaftstheorien *reflexiver Modernisierung*, der besonders kognitiv- mentale Reflexivität betont und mit dessen Hilfe darüber verhandelt wird, nach welchen Kriterien Expertise anerkannt wird, wessen Expertise in Handlungen übersetzt wird und in Entscheidungsprozesse einfließen darf.

Vor allem möchte ich jedoch mit diesen Ausführungen betonen, dass das zentrale Moment nicht darin besteht, dass jemand oder etwas Reflexivität als Eigenschaft von sich aus besitzt. Der meiner Ansicht nach für diese Arbeit wichtigste Unterschied für diese Arbeit besteht darin, in *welchen* Praktiken Reflexivität zustande kommt:

> It [reflexivity, CS] is an unavoidable feature of the ways actions (including actions performed, and expressions written, by the academic researchers) are performed, made sense of and incorporated into social settings. In this sense of the word, it is impossible to be unreflexive. (Lynch 2000, 123)

Ein kleinster gemeinsamer Nenner jeglicher Verständnisse von Reflexivität ist nach Lynch Rekursivität – eine Form der Rückläufigkeit sei allen Verständnissen gemein, wobei eben variiere, wer oder was sich auf welche Weise zurückdrehe. Ich folge Lynch dahingehend, dass bei einem analytischen Gebrauch des Begriffs deutlich werden muss, an welcher Stelle, auf welche Weise Rekursivität auftritt. Lynch geht allerdings so weit, den Begriff komplett abzulehnen (Lynch 2000, 46). Die Philosophin Karen Barad schlug dagegen vor, statt über Reflexivität von »diffraction« (Beugung; Übersetzung CS) zu sprechen:

> I shift the focus to physical optics, to questions of diffraction rather than reflection. Diffractively reading the insights of poststructuralist theory, science studies, and physics through one another entails thinking the cultural and the natural together in illuminating ways. What often appears as separate entities (and separate sets of concerns) with sharp edges does not actually entail a relation of absolute exteriority at all. Like the diffraction patterns illuminating the indefinite nature of boundaries – displaying shadows in ›light‹ regions and bright spots in ›dark‹ regions – the relationship of the cultural and the natural is a relation of ›exteriority within‹. This is not a static relationality but a doing – the enactment of boundaries – that always entails constitutive exclusions and therefore requisite questions of accountability. (Barad 2007, 241)

Während Lynch den Reflexivitätsbegriff vor allem wegen seiner Vieldeutigkeit für unproduktiv hielt, war Karen Barads Argument, dass Reflexivität immer zwei vorangehende Entitäten annehmen müsste, an denen reflektiert wird. Sie argumentierte, dass die Vorgängigkeit von Entitäten – wie Expertise oder Erfahrung – unsinnig sei und begrenzten Einheiten keine primordialen Gegebenheiten seien an denen reflektiert werden könne. Vielmehr realisierten sich solche Einheiten erst in Relationen, in Verhältnissen (Barad 2007, 27). Sie kritisierte also, dass Reflexivität auf der Existenz bestimmter Entitäten aufbaut und diese so als Effekt nur verfestige. Auf diese Weise komme es zur Wiederholung bereits bestehender Konfliktlinien wie Konstruktivismus gegen Realismus, Agency gegen Struktur oder Idealismus gegen Materialismus.[11] Auch wenn ich Barad zustimme, dass weder Erfahrung noch Expertise als Entität per se existieren und ich gerade die fundamentale Relationalität von epistemologischen und ontologischen wie ethischen Rahmenbedingungen überzeugend finde, scheint mir das Feld Genesungsbegleitung ungeeignet, um insbesondere Barads Fokus auf Materialitäten (ebd., 133ff.) zu verfolgen. Ich fokussiere Praktiken, in denen Genesungsbegleiterinnen die wesentliche Rolle einnehmen. Meine empirischen Materialien lassen dabei eine komplette Abkehr von Subjekten nicht zu, auch wenn ich den Versuch unternehme sie zu dezentrieren.[12]

11 Sie schlägt einen »agential realism« (Barad 2007, 241) als epistemologisch-ontologische-ethische Rahmen vor: »[...] as an epistemological-ontological-ethical framework that provides an understanding of the role of human and nonhuman, material and discursive, and natural and cultural factors in scientific and other social-material practices, thereby moving such considerations beyond the well-worn debates that pit constructivism against realism, agency against structure, and idealism against materialism.« (Ebd.)

12 Das liegt sicherlich zum Teil auch daran, dass ›Sprechen‹ als Praxis im therapeutischen Umfeld eine wichtige Rolle einnimmt. Es hat darüber hinaus auch mit der grundsätzlich schwierigen Skalierbarkeit von Praxis zu tun – und mit dem grundlegenden Verharren ethnografischer Arbeiten im subjektiven Maßstab (vgl. u.a. Kapitel 2.2, S42.).

Der Verweis auf die mögliche Reproduktion vorgängiger Entitäten durch eine Verwendung des Begriffs Reflektion statt Diffraktion ist unweigerlich ein loses Ende der Arbeit, das Gegenstand weiterer Untersuchungen sein könnte.

Dagegen versuche ich in diesem Rahmen die Frage danach zu beantworten, wie psychische Krisenerfahrungen im Kontext von Genesungsbegleitung als Expertise wirkmächtig werden (und werden können). Ob Erfahrung oder Expertise dabei nur radikal relational oder doch zumindest teilweise vorgängig zu denken sind, werde ich nicht beantworten.

4.3 Reflexivitäten im kulturanthropologischen Diskurs um Gesundheitsversorgung und im Kontext von Genesungsbegleitung

Trotz der kritischen Einwände verwerfe ich den Begriff Reflexivität nicht, wie Lynch es befürwortete (Lynch 2000, 46), und nutze auch nicht alternativ Barads Konzept der Diffraktion beziehungsweise Beugung. Ich halte es stattdessen für sinnvoll, im Kontext von Genesungsbegleitung weiterhin von Reflexivität zu sprechen: Erstens, da Reflexivität in kulturanthropologischen, aber auch medizinisch-psychiatrischen Untersuchungen zu Gesundheitsversorgung häufig als Antwort auf komplexe Gesundheitsthemen, Unsicherheiten in der Versorgung und der Frage danach, was gute Versorgung sein kann, beschrieben wurde (u.a. Mol 2006; Pols 2006; Iedema 2011; Verdonk und Abma 2013). Zweitens, da im Feld das Wort Reflexivität immer wieder als Unterscheidungsdimension für die spezifische Erfahrungsexpertise von Genesungsbegleiterinnen eingebracht wurde.

Die argumentative Grundlinie für ersteres verläuft dabei beständig entlang der Idee, dass Reflexivität aufseiten der Mitarbeiter, aufseiten der Patienten aber auch in formalisierten Varianten auf Organisationsebene individuellere und situativere, daher bessere Variationsmöglichkeiten in der Gesundheitsversorgung ermögliche.[13] Beispielsweise, wie Esther von Loon ausführte, beziehen sich viele evidenzbasierte Handlungsempfehlungen im Umgang mit Krankheiten auf eine Durchschnittspatientin. Gesundheitsversorgung ist jedoch unweigerlich mit Variationen konfrontiert: kulturelle und soziale Hintergründe, verschiedene Kombinationen von Diagnosen/Krankheiten, Kontexten usw. machen es unmöglich nur eine Variante für alle Situationen zu empfehlen. Für den nicht-durchschnittlichen Pati-

---

13 Dass Reflexivität Gesundheitsversorgung qualitativ verbessere, gilt dabei, wie Esther von Loon ausführte, sowohl für Diskussionen, die sich um »ungewollte Variationen« innerhalb der Versorgung drehen und beispielsweise durch Standards oder Klassifikationen eingehegt werden sollen als auch um »gewollte Variationen«, wie sie beispielsweise in Umsetzungen von personenzentrierter Versorgung stattfinden (Loon 2015, 15).

enten wird sogar in evidenzbasierten Handlungsempfehlungen sogar der *reflexive* Umgang mit diesen Handlungsempfehlungen empfohlen:

> One could say that where the evidence ›ends‹, healthcare practitioners are subject to their own reflections on the situation. […] there is a need for reflexivity, in how to deal with patients that do not ›fit‹ the guideline. (von Loon 2015, 15)

Eine *fehlende* Reflexivität in der Gesundheitsversorgung (sowohl der Prozesse und Infrastrukturen als auch der beteiligten Personen) wurde in verschiedenen Abwandlungen beklagt (für eine kritische Auseinandersetzung mit dieser Argumentationslinie siehe Loon und Zuiderent-Jerak 2012; Loon 2015). Häufig soll die Einbeziehung von Patientenwissen (siehe Kapitel 3.3, S.120ff.) dabei helfen, dieses Manko zu beheben und zu Qualitätsverbesserungen – zum Beispiel durch die Partizipation an Leitlinienentwicklungen (van de Bovenkam und Zuiderent-Jerak 2013) – führen (u.a. Velpry 2008).

Der allgemeine Ruf nach Reflexivität wie auch die Beschreibung spezifischer, wünschenswerter Reflexivitätsformen ist also in Überlegungen zur qualitativen Verbesserung der Gesundheitsversorgung – auch über den Rahmen von psychiatrischer Versorgung hinaus – häufig zu hören (vgl. Sheppard 1998; Taylor und White 2000; Freshwater 2002; Alley et al. 2015; Aronowitz et al. 2015). Mit wenigen Ausnahmen (u.a. Pols 2006; Loon 2015) wird dabei jedoch nicht erläutert, was mit Reflexivität gemeint ist – das heißt, wer oder was reflexiv ist und wie diese Reflexivität in Kraft treten soll. Gerade auch innerhalb des spezifischen Feldes Genesungsbegleitung – zum Beispiel in der *EX-IN*-Weiterbildung, ›auf Station‹ oder auf Konferenzen – geht es immer wieder um Reflexivitäten. Reflektieren (in dieser Hinsicht analog zum Erfahrungsbegriff, wie in Kapitel 3, S. 81ff. ausgeführt) und Reflexivität zählen im Feld Genesungsbegleitung nicht nur zum analytischen Vokabular psychiatrisch-psychologischer Ansätze, sie werden auch im Feld ständig eingesetzt. In Supervisionen, Teamsitzungen, Lehranalysen, im therapeutischen Gespräch usw. findet kontinuierliches *Reflektieren* statt. Das geschieht in sehr unterschiedlichen Varianten, ist jedoch zumeist an ein individuelles, reflektierendes Selbst gebunden (Atkins und Murphy 1993; Flaskas 2012; Prasko et al. 2012; Gale und Schröder 2014).

Als Unterscheidungsdimension für Erfahrungsexpertise von Genesungsbegleitern wurde der Begriff beständig eingebracht und in Kraft gesetzt, aber auch immer wieder befragt, neutralisiert, überlagert und mit anderen Begriffen vermischt.[14] Ich möchte die Polysemantik und Präsenz des Begriffes als Potenzial

---

14 Wie Stefan Hirschauer ausführt, ist dabei zu beachten, dass es immer um ein Zusammenspiel von verschiedenen kontingenten Differenzkategorien geht, um »eine stetige Bewegung multipler Kategorisierungen zwischen Verstärkung und Überlagerung, Stabilisierung und Vergessen, Thematisierung und Dethematisierung. Es finden sich Prozesse der Differenzie-

nutzen, um in den folgenden Kapiteln 5 und 6 ein mehrdeutiges Muster verschiedener *Praktiken des Reflektierens* herauszuarbeiten, die sich überschneiden, kombiniert werden, miteinander verwoben werden, sich widersprechen usw. (Reckwitz 2012). Auch hier ist die differenzierte Betrachtung verschiedener Interpretationsebenen eine große Herausforderung. Es stellt sich immer die Frage nach der Perspektive: ob ich in einem Analyseversuch als Autorin über Praktiken des Reflektierens schreibe oder ›in situ‹ von Reflexivität gesprochen wird. In den Kapiteln 5 und 6 richte ich den Blick auf eine kulturanthropologisch-theoretische Interpretation meiner empirischen Materialien – damit meine ich jedoch nicht, dass ein Feldbegriff von Reflexivität untheoretisch oder falsch wäre. Im Zentrum meines Interesses steht dann vor allem die Frage danach, was Akteure und Materialitäten tun, wenn sie reflexiv sind – bzw. was Formen des »doing reflexivity« (Reckwitz 2009) sind.

---

rung und Entdifferenzierung, Konstellationen der Aktualisierung oder Neutralisierung, Praktiken der Grenzziehung und Distinktion, aber auch der Nivellierung und Differenznegation.« (Hirschauer 2016, 181)

TEIL III

Mit Erfahrung arbeiten – Praktiken des kanalisierenden und erweiternden Reflektierens

Durch Genesungsbegleitung verändert sich das komplexe Zusammenspiel verschiedener Gruppen, Personen, *ways of knowing* (Harris 2007) und Infrastrukturen im (teil-)stationären psychiatrischen Alltag. Psychiatrieerfahrene können dabei in manchen Situationen »vom Erfahrenen zum Experten« (Utschakowksi 2009) werden. Doch wie arbeiten Genesungsbegleiterinnen auf einer psychiatrischen Station oder in einer Tagesklinik konkret mit *Erfahrung*?

Die alltägliche »Mobilisierung von Erfahrung« (Beck 2009) und das Inkrafttreten von Erfahrungsexpertise im Kontext von Genesungsbegleitung – so die Kernthese, die ich im folgenden dritten Teil dieses Buches aus meinen empirischen Materialien entwickle – findet wesentlich in spezifischen *Modi*[1] *des Reflektierens* statt. Der Einsatz von Erfahrung als anerkannte Expertise im (teil-)stationären psychiatrischen Alltag erfolgt meiner Ansicht nach zentral über die ko-produktive Hervorbringung verschiedener Praktiken des Reflektierens von (psychiatrischen) Krisenerfahrungen.[2]

1 Die Nähe zu John Laws *modes of ordering* ist bewusst gewählt. John Law widmet sich in *Organizing Modernity* der Produktion von sozialen Ordnungen und Ordnungsprozessen in einem nuklearen Strahlungsforschungszentrum in Großbritannien. In dieser, auf zwei Jahren Feldforschung aufbauenden, Ethnografie entwickelt er den Analysebegriff *modes of ordering*, um Ordnungsprozesse und damit unter anderem den soziologischen Dauerbrenner des Verhältnisses von Struktur und Agency neu beschreiben zu können (Law 1994, 74ff.). Er definiert sie als: »…patterns or regularities that may be imputed to the particulars, that make up the recursive and generative networks of the social« (ebd., S. 83).

2 Um die Leserin zu erinnern: Ich verstehe nach Dominic Boyer die Figur der Expertin zwar in einem sehr weiten Begriff bei dem es nicht notwendigerweise um die soziale Anerkennung von Expertise geht als: »actor who has developed skills in, semiotic-epistemic competence for and attentional concern with, some sphere of practical activity« (Boyer 2008:39). Dennoch steht in im Fokus dieser Auseinandersetzung gerade eine Entwicklung, bei der sich der soziale Status der Expertise von Genesungsbegleitern mit der Anerkennung als berufliche Qualifikation verändert.

Stefan Beck argumentierte, dass gerade die hochgradige soziale und kulturelle Gebundenheit der Erfahrungsexpertise von Genesungsbegleiterinnen und ihre Existentialität sie relevant mache (Beck 2015a) – also Charakteristiken, die jenen für einen wissenschaftlichen Erkenntnisstil (Daston und Gallison 2007) üblichen Anforderung an Allgemeinheit, Universalität, Sicherheit und Verlässlichkeit widersprechen (Beck 2012: 14). In Weiterführung dieser Begründung denke ich, dass die Wirkmacht der Erfahrungsexpertise bei Genesungsbegleitung nicht nur im Kontrast zu solchen Merkmalen, sondern zugleich in der Übereinstimmung mit ihnen liegt. Nicht immer werden Gegensätze zu Formen des medizinisch-psychiatrisch formal anerkannten Wissens (und damit auch die Figur eines klaren psychiatrischen Wissens) stabilisiert, doch erzeugen Praktiken des Reflektierens verschiedene, oszillierenden Eigenarten: Zum Beispiel im Anspruch zwischen Empathie und emotionaler Distanz, zwischen Profession und privater Person. Modi des Reflektierens produzieren und verknüpfen diese Dimensionen, und erzeugen dabei eine spezifische Assemblage von Wissen, bzw. einen spezifischen »knowlegde space« in den (teil-)stationären Settings, wie David Turnbull es nannte: »The interactive, contingent assemblage of space and knowledge, sustained and created by social labour, results in what I call a ›knowledge space‹.« (Turnbull 2000, 4).

In den folgenden beiden Kapiteln skizziere ich zwei verschiedene Modi des Reflektierens – *kanalisierendes* und *erweiterndes Reflektieren* –, die meiner Ansicht nach einen integralen Bestandteil der alltäglichen Hervorbringung der spezifischen Erfahrungsexpertise um Genesungsbegleiter im (teil-)stationären Kontext bilden. Erstens verfolge ich mit diesen beiden Modi, wie *Erfahrungsexpertise* durch Praktiken des Reflektierens in einem (teil-)stationären Alltag hervor- und eingebracht wird. Zweitens arbeite ich heraus, welche Verhältnisse damit jeweils zwischen Erfahrungsexpertise und Formen medizinisch-psychiatrisch zertifizierten Wissens generiert und stabilisiert werden. In den Interpretationen meines empirischen Materials schildere ich, wann und wie im (teil-)stationären Alltag durch Praktiken des Reflektierens Erfahrungen als Expertisen verhandelt werden. Es geht mir darum, Praktiken, die sich auf psychische Krisenerfahrungen der Genesungsbegleiterinnen, den *psy-complex* (Rose 1979) und die (teil-)stationäre psychiatrische Versorgung beziehen, als *materiell-semiotische Prozesse* (Haraway 1988; Law 1994, 2009) zu betrachten und deren Relevanz für das Berufsfeld Genesungsbegleitung auszuloten. Wie bereits ausgeführt, positioniere ich im Anschluss an Michael Lynchs und Esther van Loons Auseinandersetzungen Reflexivität dabei als »›sense-making‹ activity performed by people or inscribed into written documents« (Loon 2015, 17). Das heißt, das rekursive Verweisen auf psychische Krisenerfahrungen ist in vielen Fällen, aber nicht notwendigerweise, an Genesungsbegleiter als Personen gebunden. Sie kann sich ebenso auf Materialitäten, beispielsweise auf Dokumente beziehen. Sowohl Psychiater und Pfleger als auch materielle Bedingungen – wie

Architekturen oder IT-Abrechnungssysteme – sind an Praktiken des Reflektierens beteiligt.

Dabei sind Praktiken des Reflektierens im Kontext von Genesungsbegleitung sicherlich relational und multipel. Die Auswahl der beiden nachfolgenden Modi – *kanalisierendes Reflektieren* und *erweiterndes Reflektieren* – ist notwendigerweise unvollständig (Law und Mol 2002). Ich beschreibe diese beiden Modi, da ich sie für zentral für Genesungsbegleitung halte. Zugleich fasse ich damit nur zwei Varianten unter vielen verschiedenen Praktiken des Reflektierens. Das beinhaltet auch, dass einem *reflektierenden* kein *unreflektierter* Gegenpart gegenübersteht. Reflexivitäten zu betrachten, die genutzt werden, um die Erfahrungsexpertise von Genesungsbegleiterinnen produktiv zu machen, impliziert *nicht*, dass andere Formen des klinischen Wissens oder auch materielle Umwelten unreflexiv wären. Sie sind (beziehungsweise werden) anders reflexiv (siehe für eine Ausführung dieser Argumentationslinie auch Kapitel 4.3, 137ff.).

Nicht nur sind Praktiken des Reflektierens im Kontext von Genesungsbegleitung multipel; sie spielen auch nicht immer eine Rolle. So befand die Genesungsbegleiterin Anna auf dem Weg zwischen zwei Gesprächsterminen beispielsweise: »Im Alltag ist dann das Wissen oder die Erfahrung nur punktuell wichtig. Nur in manchen Situationen.« (FN1; 22.11.2012:2) Das heißt, die Relevanz von Erfahrung als Expertise ist situativ und zeitlich zeitlich variabel. Daher sind die folgenden beiden Kapitel, in denen ich *kanalisierendes* und *erweiterndes Reflektieren* beschreibe, als mehrdeutiges und nicht immer relevantes Muster zu verstehen. Nichtsdestotrotz verweisen sie, so denke ich, auf einen grundlegenden Aspekt von Genesungsbegleitung, mit dem sich deren alltägliche Wirkmacht herausarbeiten lässt.

5 *Kanalisierendes Reflektieren*: »Nicht immer wieder gegen eine Wand rennen«

5.1 *Eine* Erfahrung in die (teil-)stationäre Versorgung einbringen

Praktiken des *kanalisierenden Reflektierens* zeichnen sich dadurch aus, dass sie sich erstens rekursiv auf ein individuelles Krisenerleben von Genesungsbegleiterinnen beziehen. Zweitens, münden sie in alltäglichen Handlungskonsequenzen, die nicht im eklatanten Wiederspruch zu sozialpsychiatrischen Versorgungskonzepten stehen (sie können sicherlich nichtsdestotrotz zu Konflikten im (teil-)stationären psychiatrischen Alltag führen).

In Praktiken des *kanalisierenden Reflektierens* wird eine innerliche subjektive Krisenerfahrung aufgerufen, die in überindividuelles Wissen transformiert und anschließend in die (teil-)stationäre Versorgung eingespeist werden soll. Insofern konstituiert *kanalisierendes Reflektieren* einzelne Subjekte, die in kritischer Distanz zu ihrer individuell-subjektiven psychischen Krisenerfahrung stehen und über die Fähigkeit zur (zumindest partiellen) Explikation dieser Erfahrungen verfügen.

Auf die Frage, wie spezifische Krisenerfahrungen als Expertise im (teil-)stationären Alltag wirksam werden, antworte ich in diesem Kapitel: Indem aus einer ›bloßen‹ Krisenerfahrung *eine* Erfahrung im Dewey´schen Sinne generiert wird. Dabei werden durch *situiertes Generalisieren* Handlungsoptionen im (teil-)stationären Alltag eröffnet, die über den Einzelfall hinausgehen. Praktiken des *kanalisierenden Reflektierens* überbrücken Spannungen zwischen individuellem Erleben der Genesungsbegleiter und therapeutischer Alltagsrelevanz, indem sie psychisches Krisenerleben zeiträumlich ausdehnen. Sie führen dabei, so das Argument dieses Kapitels in Kürze, zu einer inhaltlichen Annäherungsbewegung zwischen »Expertise aus Erfahrung« (Utschakowski et al. 2009) und Formen zertifizierten Wissens. Mit dem Term *kanalisieren* versuche ich diese Annäherung zu fassen, die Anschlussfähigkeit im Sinne einer Bestärkung von formal anerkanntem Wissen generiert, darin jedoch auch neuen Begrenzungen unterliegt. Denn ein Kanal stellt in der Regel eine Verbindung zwischen verschiedenen Bereichen her und ermöglicht einen Zufluss. Zugleich gibt er einen bestimmten Verlauf vor und stellt eine Begrenzung zur Umgebung dar. Analog dazu erlangen bei *kanalisierendem Reflektieren* nur solche As-

pekte von psychischem Krisenerleben der Genesungsbegleiterinnen Geltung, die im Einklang mit vielen Prämissen sozialpsychiatrisch therapeutischen Arbeitens stehen – beispielsweise *Recovery* & *Empowerment* (siehe Kapitel 2, S. 27ff.) –, wohingegen andere außen vor bleiben, wie ich nachfolgend ausführe.

Kanalisierendes Reflektieren wird in einem Großteil meines empirischen Materials als zentrales Element von Genesungsbegleitung und der Mobilisierung von Erfahrung als Expertise evoziert und ist zudem ein wesentlicher Bestandteil der *EX-IN*-Weiterbildung. Der folgende Gesprächsausschnitt bezieht sich beispielhaft auf die Rolle, die *kanalisierendes Reflektieren* im Stationsalltag spielen kann. Hier merkt ein Psychologe in Bezug auf seine Erwartungen an Genesungsbegleiter an:

> [Ich wünsche mir, dass ein Genesungsbegleiter, Anm. CS] reflektiert von einer Erfahrung berichtet – wenn ich auf Station arbeite und ein Patient, der gerade vor Ort ist, der erzählt ja auch von seiner Erfahrung. Aber, der ist total drin. Dieses reflektiert über eine Erfahrung Sprechen, die ich bislang noch nicht erlebt habe. (GI I; 16.01.2015)

Dieser Bemerkung nach trägt das Reflektieren der eigenen Krisenerfahrung nicht nur dazu bei, Genesungsbegleiter von anderen Mitarbeitern im (teil-)stationären Kontext zu unterscheiden, sondern auch dazu, die akute Nutzerin von der Genesungsbegleiterin zu unterscheiden: Sie ist für den zitierten Gesprächspartner (im Gegensatz zu manchen Patientinnen/Nutzerinnen) imstande, reflexiv auf »ihre Erfahrung« (ebd.) zu blicken, sich von dieser zu distanzieren, sie in Teilen zu explizieren und zu artikulieren und dem Psychologen eine andere Perspektive näher zu bringen. Dagegen ist das »Total-drin-Sein« (ebd.), die Immersion in einer Krisenerfahrung, nicht erwünscht; es führt eher dazu, dass Genesungsbegleitung unproduktiv wird. Diese Einschätzung teilte im Interview auch ein Experte, der zu einer der treibenden Kräfte um die Professionalisierung von Genesungsbegleitung in Deutschland gehört. Auf meine Frage, was das Besondere am Wissen von Genesungsbegleiterinnen sei, entwickelte er ein Abgrenzungskriterium und teilt mit, was Genesungsbegleiterinnen nicht tun sollten:

> Also zum Beispiel ein Mensch, der erzählt – egal wo wir hingehen – immer wieder seine Geschichte, und sagt: »Ja, deswegen ist das auch alles scheiße und deswegen bin ich auch dagegen.« Der wird eigentlich nicht satt, seine Geschichte zu erzählen, und der sagt nicht: »Jetzt fühl ich mich auch erleichtert, weil ich das mal getan habe.« Sondern er hat das Gefühl, er muss das immer wieder erzählen. (EI 12; 02.03.2017)

Ein solches Verhalten – allein die wiederholte Artikulation eines Krisenerlebnisses, die sich nicht an Kontexten orientiere – ist diesem Gesprächspartner zufolge nicht der Weg, um ein produktives Wissen für die psychiatrische Versorgung hervorzubringen, sondern wirke eher hinderlich. Die Transformation der »eigenen

Geschichte« (ebd.) dagegen sei wichtig, um Erfahrungsexpertise für die Praxis anwendbar zu machen. Eine produktive Arbeit als Genesungsbegleiter setzt – in dieser Art und Weise verstanden – voraus, dass die akute psychische Krisenerfahrung abgeschlossen ist und einen Veränderungsprozess durchlaufen hat.

Exkurs: Von Krisenerfahrung zu einer Krisenerfahrung

Die nachträgliche Reflexion einer bereits abgeschlossenen Erfahrung ist eines der beiden Merkmale, die für den amerikanischen Philosophen John Dewey die Differenz zwischen einer Erfahrung und einem alltäglichen Strom von Erfahrungen ausmachen (Dewey 1934, 47). Dewey traf eine Unterscheidung in einerseits alltägliche, repetitive Erfahrungen, die einen fließenden Strom bilden, und andererseits den aus diesem alltäglichen Strom herausragenden, bestimmten Erfahrungen (Dewey 1934, 36ff.).[1] Man mache als Teil des Lebensprozesses zwar ständig Erfahrungen, füge sie jedoch nicht zu einer Erfahrung zusammen (Dewey 1934, 47):

> Im Gegensatz zu solch einer [unvollständigen, CS] Art der Erfahrung machen wir eine [Hervorhebung, CS], wenn das Material, das erfahren worden ist, eine Entwicklung bis hin zur Vollendung durchläuft. Dann, und nur dann, ist es in den Gesamtstrom der Erfahrungen eingegliedert und darin gleichzeitig von anderen Erfahrungen abgegrenzt. (Dewey 1934, 47)

Reflexivität setzt für Dewey dann ein, wenn der kontinuierliche Erfahrungsstrom »aufgrund eines entweder zufälligen oder manipulierten Ereignisses unterbrochen wird« (Bogusz 2018, 68). Ein solches Ereignis kann beispielsweise ein psychisches Krisenerlebnis sein. Reflexion ist dabei für Dewey eine indirekte Reaktion auf die Umwelt, »und das Element der Indirektheit kann selbst groß und sehr kompliziert werden. Aber es hat seinen Ursprung im biologischen Anpassungsverhalten.« (Dewey 1995, 31). Es handelt sich dabei nicht um einen rein kognitiv-mentalen Vorgang, sondern um einen Rhythmus von Spannung und Anpassung zwischen Mensch und Umweltbedingungen, der erst zur Herstellung von Einheit und Kontinuität führen kann (Dewey 1934, 21).

Das zweite Merkmal, um aus einem kontinuierlichen Strom von Erfahrungen *eine* Erfahrung nach Dewey zu machen, ist eine Handlungskonsequenz. Die Vollendung *einer* Erfahrung tritt im Dewey'schen Sinne erst dann ein, wenn aus einem Prozess der Reflexion bestimmter Erfahrungen besondere Handlungen folgen, die wiederum zurückwirken auf Personen und Objekte (u.a. Dewey 1934; Suhr 2005;

1 Wie Tanja Bogusz ausführte, schließt Dewey hier direkt an William James an, der eine Unterscheidung in eine vorreflexive Form des Erlebens und einen Moment der »reinen Erfahrung« vornimmt – für James der Moment, in dem ein Problem die Notwendigkeit zur Reflexion anregt (James 2008; Bogusz 2018, 64f.).

Dewey 2001). Der Fokus einer Erfahrung liegt also auf einem Wechselspiel des Erfahrens von etwas und dessen prospektiven Auswirkungen, die erneut zum Teil der zu erfahrenden Zukunft werden.

Wie Tanja Bogusz in ihrer Habilitationsschrift *Experimentalismus und Soziologie – Von der Krisen- zur Erfahrungswissenschaft* ausführte, ist Reflexivität als Kriterium von Erfahrung (ebenso wie der Begriff Erfahrung, siehe auch Kapitel 3, S.113ff.) in Deweys Theoriegebäude weitaus umfassender gedacht als die hier eingebrachte Transformation von Erfahrung in eine Erfahrung, die Dewey vor allem in *Kunst als Erfahrung* (Dewey 1934) diskutierte (Bogusz 2018).[2] Für die empirischen Beispiele scheint mir jedoch genau diese Kombination aus Reflexivität und Handlungskonsequenz, die zur Hervorhebung einer Erfahrung führt, theoretisch produktiv zu sein. Denn nachträgliche Reflexivität und ein zunächst unbestimmter Lerneffekt wird in sehr vielen, unter anderem den beiden vorangegangenen, empirischen Ausschnitten als Unterscheidung der ›bloßen‹ psychischen Krisenerfahrung von der spezifischen Krisenerfahrung der Genesungsbegleiterinnen aufgerufen. Das Material, das erfahren worden ist – in diesem Fall eine psychische Krise – soll weiterentwickelt und in eine Fähigkeit transformiert werden, die flexibel in die therapeutische Praxis eingebracht werden kann. Um als Genesungsbegleiter (an)erkannt zu werden, so argumentiere ich hier, sollen die Betroffenen im Dewey'schen Sinne demnach eine Krisenerfahrung im Kontrast zur bloßen Krisenerfahrung gemacht haben.

Dass die reflexive Artikulation und Herstellung einer Erfahrung ohnehin (also auch ohne Genesungsbegleitung) bereits Teil des sozialpsychiatrischen therapeutischen Prozesses ist, bei dem Patientinnen und Professionelle gemeinsam aus »ver-rücktem Erleben« eine »bedeutungsvolle Erfahrung« herstellen, führte die Europäische Ethnologin Martina Klausner aus (Klausner 2015, 120). Klausner analysierte, wie eine psychiatrische Diagnose im Prozess einer *psychiatrischen Choreografie* kollektiv in die Fähigkeit verwandelt wird, mit einer außergewöhnlichen psychischen Konstitution zu leben. Sie betrachtete den Transformationsprozess von Krankheitserleben in eine bedeutsame Erfahrung als praktischen Vorgang, der historisch und kulturell geformt ist:

> Die Konfiguration von Krankheitserleben in eine bedeutsame Erfahrung und deren Artikulation wie auch Reflektion wird gerade nicht als quasi natürlicher Prozess verstanden, sondern als historisch wie kulturell geformter und vor allem situierter und praktischer Vorgang […]. An diesem Punkt setzt meine Arbeit an und zeigt, wie viel Arbeit sowohl von den Professionellen als auch von den Patientinnen investiert werden muss, um aus außergewöhnlichem »ver-rückten« Erleben

2 Sie führte u.a. weiterhin aus, dass Reflexivität für Dewey darüber hinaus sowohl umweltbedingt als auch auf Materialität fokussiert und prozessual gedacht ist (Bogusz 2018, 30ff.).

> eine bedeutungsvolle Erfahrung herzustellen, die als Grundlage für die Krankheitsbewältigung dienen kann. Diese Konfiguration von Erleben zu einer Erfahrung äußert sich hier nicht als individueller, quasi natürlicher Erkenntnisprozess, sondern als therapeutisch choreografierter Prozess. (Klausner 2015, 120)

Ihr Konzept richtet sich dabei insbesondere auf Materialitäten und Umwelten dieser kollektiven Aushandlung, konkret auf das sozio-materielle Arrangement des Stuhlkreis (Klausner 2015, 124ff.). Meine Arbeit schließt insofern an Klausners Analyse an, da auch ich den Weg von psychischem Krisenerleben in eine bedeutsame Erfahrung nachverfolge und dieses als historisch und kulturell bedingtes Phänomen verstehe. Ich fokussiere dabei jedoch nicht primär die therapeutischen Prozesse in sozialpsychiatrischen Kontexten, bei denen eine bedeutungsvolle Erfahrung als Grundlage zur Krankheitsbewältigung dient. Stattdessen untersuche ich, wie mit dem Beruf Genesungsbegleitung bedeutungsvolle Krisenerfahrungen als »Expertise aus Erfahrung« (Utschakowski et al. 2009) in der (teil-)stationären Versorgung mobilisiert werden und fokussiere ihre Relationen zu formal anerkannten Expertisen. Ich verfolge also nicht primär das therapeutische Geschehen »auf Station«, sondern das Aufkommen einer weiteren Profession in diesem Geschehen und die Zuschreibungen und Verhandlungen ihrer Kompetenzen.

Mit der grundlegenden These dieses Kapitels, das Genesungsbegleiter eine Krisenerfahrung im Kontrast zur ›bloßen‹ Krisenerfahrung in den Alltag einbringen, meine ich nicht, dass eine bedeutungsvolle Krisenerfahrung, die im (teil-)stationären Kontext produktiv wird, statisch zu verstehen sei oder allein ein individueller Erkenntnisprozess wäre. Denn ein formatives und zugleich transformatives Moment ist in Deweys Erfahrungsbegriff fundamental (Dewey 1934; Dewey 2001; Turner und Bruner 2001). Eine Erfahrung ist zeitlich doppelläufig und koppelt einen Prozess des Erfahrens mit einem Prozess der Bedeutungsanreicherung (Suhr 2005, 137ff.; Klausner 2015, 116ff.). Wie ich bereits in Kapitel 3.2 (S.108ff.) ausgeführt habe, ist Doppelläufigkeit ein wesentliches Charakteristikum eines pragmatistisch geprägten Erfahrungsbegriffs:

> We begin by noting that ›experience‹ is what James called a double-barrelled word. Like congeners, life and history, it includes *what* men do and suffer, what they strive for, love, believe and endure and also *how* men act and are acted upon, the ways in which they do and suffer, desire and enjoy, see, believe, imagine – in short processes of *experiencing*. (Boydston, Ratner und Dewey 1981, 18)

Im (teil-)stationären psychiatrischen Alltag werden sicherlich neue Zuschreibungen und Bedeutungen im Zusammenspiel zwischen Ärzten, Pflegern, Genesungsbegleitern, Patienten, den Umwelten usw. ko-produziert, wenn verschiedene neue Ereignisse eine Krisenerfahrung wiederholt infrage stellen und so Reflexivität und Handlungskonsequenz erneut anregen. Reflektieren, als Teil dieses Prozesses der

Modellierung einer spezifischen psychischen Krisenerfahrung, bezieht sich also sowohl auf die Entstehung bestimmter Bedeutungen als auch auf deren Transformation. In anderen Worten: Krankheitserleben soll bereits in eine bedeutsame Erfahrung verwandelt worden sein, um dann für den therapeutischen Kontext produktiv zu werden. Zugleich entstehen in diesem therapeutischen Kontext zusätzliche, neue und andere Bedeutungen.

In dem bereits am Kapitelanfang zitierten Interviewausschnitt deutete sich an, dass sich – zumindest als Wunsch vonseiten der Psychologinnen und Psychiaterinnen formuliert – Reflektieren und die Generierung einer Erfahrung an formal anerkanntem Wissen (Rabeharisoa, Moreira und Akrich 2014) orientiert und Genesungsbegleiter nicht »total drin« (GI I; 16 01.2105) sein sollen. Allerdings möchte ich betonen, dass vor allem der Wunsch nach Annäherung, nicht nach Gleichsetzung zwischen verschiedene Expertisen (und den Möglichkeiten sie zu praktizieren) während meiner Feldforschung artikuliert wurde. Der folgende Absatz aus einer Stellenbeschreibung für Genesungsbegleiterinnen, die ein großes deutsches Klinikum veröffentlichte, unterstreicht diesen Aspekt. Hier ist zu lesen:

> Die eigenen Erfahrungen zu reflektieren und sich mit anderen darüber austauschen zu können, die Erfahrungen anderer Betroffener nachempfinden zu können, um daraus übergeordnetes, gemeinsames Wissen abzuleiten.
> (Ausschreibung für Genesungsbegleitung, GM; März 2017)

Diese Anforderung in der Stellenbeschreibung steht auch in Übereinstimmung damit, wie ein Mit-Initiator der *EX-IN*-Weiterbildung (siehe Kapitel 2, S.30) über den Zusammenhang zwischen Reflexivität und Erfahrungsexpertise von Genesungsbegleitern sprach:

> Erfahrung […] das heißt dann nicht unbedingt, dass ich etwas daraus lerne, dass ich etwas erfahren habe. Ich kann meinetwegen auch immer wieder an bestimmten Punkten scheitern oder immer wieder gegen eine Wand rennen, weil ich eben was erfahren, aber nicht reflektiert habe, was ich da erfahren habe und deswegen auch nichts draus gelernt habe, oder kein Wissen entwickelt habe. Und das ist, glaube ich, ein ganz wichtiger Punkt […] meine Erfahrung zu reflektieren und Wissen daraus zu entwickeln. (EI 12; 02.03.2017)

Und etwas später im Gespräch führte er weiter aus:

> Was lerne ich eigentlich daraus? Und was weiß ich darüber? Ja, auch das Gefühl, das irgendwann loslassen zu können, oder ein bisschen mehr auch die Erfahrung neben sich stellen zu können und sich die Erfahrung anschauen und betrachten zu können. Das ist, glaube ich, ein ganz wichtiger Prozess auch von Empowerment, also nicht immer nur in seiner eigenen Geschichte zu stecken, und nicht immer sich gekränkt und misshandelt zu fühlen. Das sind sicherlich Elemente dieser Ge-

> schichte, aber ich glaube, […] dass es auch eine Form von Befreiung ist, sozusagen diese Geschichte reflektiert zu haben und sie nicht immer nur aus der Erfahrung, aus dem Gefühl zu spüren, sondern auch aus einer Reflexion und aus einem Wissen betrachten zu können. (EI 12; 02.03.2017)

In diesen Materialausschnitten konkretisiert sich, dass *kanalisierendes Reflektieren* Teil eines Lernprozesses sein soll, in dem »explizierbares«, »übergeordnetes« oder »gemeinsames« Wissen entsteht, das nicht nur in einem Gefühl besteht, sondern in gefühlvoller Distanz existiert und dabei ein Nachempfinden nicht verhindert. Zugleich wird hier auch ein – für die Genesungsbegleiterinnen – befreiender (geradezu therapeutischer) Effekt der Reflexionsprozesse aufgeführt. Ohne Transformation jedoch, so dieser Gesprächspartner, kann die psychische Krisenerfahrung als Grundlage des Wissens auch »steckenbleiben«.

»Expertise aus Erfahrung« (Utschakowski et al. 2009) erscheint in den hier vorgebrachten empirischen Beispielen als ein Wissen, das nicht in einer subjektiven Spezifik verharren, dabei zugleich den Bezug zur individuellen Biografie jedoch nicht verlieren sollte (in Kapitel 6.1 genauer ausgeführt), wie auch folgende Bemerkung einer Psychologin gegenüber den Genesungsbegleiterinnen im Team verdeutlichte:

> Leute bitte, bleibt bei eurem Erfahrungswissen; bleibt bei dieser Rolle, weil die geht sonst im Wert verloren. Wenn wir jetzt anfangen mit Gesprächstechniken, dann ist da nicht die Authentizität da. Die löst sich dann auf […]. Es geht hier ja um die Peerberatung. (GI I; 16.01.2105)

In das Ringen um eine professionelle Rolle von Genesungsbegleitern und in meine Argumentation fügt sich ein, dass die Legitimität und Wirkmacht des Rückbezug auf eine Krisenerfahrung in meiner Feldforschung auch entlang einer zeitlichen Achse bewertet wurde – eine Erfahrung, die wiederholt in Auseinandersetzung mit psychiatrischer (teil-)stationärer Versorgung reflektiert, verschiedene Bedeutungen generiert und einen wiederholten Transformationsprozess durchlaufen hat, schien vergleichsweise anerkannt. In einer Teamsitzung der TK5 kritisierte eine Genesungsbegleiterin, dass ihre Erfahrung weniger ernst genommen werde als diejenige von Anna[3]. Im Anschluss an diese Teamsitzung sprach ich mit Anna über diese Diskussion und sie brachte ein Zeitfenster eines initialen Krisenerlebnisses ins Spiel:

3 Um die Leserin zu erinnern: Anna ist eine fiktive ›persona‹ (wie ich in Kapitel 2.3. ausgeführt habe), die für alle Genesungsbegleiterinnen, die ich begleitet und mit denen ich gesprochen habe, steht. In diesem Fall ist das Konstrukt etwas ungenau, da es um einen Unterschied zwischen Genesungsbegleiterinnen geht.

> CS: »Also ich finde ja schon interessant, dass die Erfahrungen von euch beiden so unterschiedlich wahrgenommen werden.«
> Und Anna entgegnet mir: »Ja, also das liegt sicherlich auch am Zeitfenster. Meine Krise ist zehn Jahre her. Bei ihr ist es gerade frisch.« (FN I; 31.01.2013)

In dieser Situation wurde also ein zurückliegendes Krisenerlebnis, das immer wieder eine (veränderte) Erfahrung generiert, positiv gegenüber einem noch nicht abgeschlossenen Krisenerleben für den therapeutischen Alltag gewertet.

Neben dieser zeitlichen Komponente, ist – nach Tanja Bogusz' Lesart von Dewey – entscheidend für die Qualität der Reflexion, »wie die Verunsicherung erworbener Handlungsgewohnheiten situativ bewältigt wird« (Bogusz 2018, 68). An dieser Stelle kommt das zweite entscheidende Merkmal einer Erfahrung im Kontrast zum alltäglichen Erfahrungsstrom ins Spiel: Eine Handlungskonsequenz (Dewey 1934). Wenn es also – neben der Transformation einer abgeschlossenen psychischen Krisenerfahrung – auch darum geht, Handlungskonsequenzen, die zukünftig relevant werden, aus dieser abzuleiten, worin bestehen dann diese? Wie entstehen aus einer reflektierten Erfahrung Handlungskonsequenzen für den (teil-)stationären Alltag? Wie kommt es im psychiatrischen Alltag zustande, dass Genesungsbegleitungs-Expertise über eine subjektive Spezifik hinausreicht und sie zugleich bewahrt? Wie entstehen Handlungsmöglichkeiten für Genesungsbegleiterinnen, die sich einerseits auf eine subjektive Krisenerfahrung beziehen und andererseits an formal anerkanntem Wissen orientieren?

5.2 Situiertes Generalisieren: »Es kommt immer darauf an«

Ich versuche diese Übersetzung in alltägliche Handlungskonsequenzen im Kontext von Genesungsbegleitung als *situiertes Generalisieren* zu skizzieren. Für John Dewey war es, wie ausgeführt, bereits Kennzeichen einer Erfahrung im Gegensatz zum bloßen Erfahrungsstrom, dass sie zu Handlungskonsequenzen führt. Insofern kann *situiertes Generalisieren* als Teil der Produktion einer Erfahrung gelten. Ich ziele mit dem Konzept *situiertem Generalisieren* jedoch konkret darauf ab zu betrachten, wie die Reichweite eines psychischen Krisenerlebnisses erweitert wird und wie sie für spezifische Situation des (teil-)stationären Alltags anwendbar werden. Hier ist meine Interpretation, dass Handlungsmöglichkeiten und -konsequenzen für Genesungsbegleiter aus der vorsichtigen Abstraktion des eigenen Einzelfalls und/oder mehreren anderen Einzelfällen entstehen, die nicht nach einer universalen Regel verlaufen. Zur Veranschaulichung einer Variante von *situiertem Generalisieren* – bevor ich weiter auf diesen Begriff (und die bewusste Analogie zum dem kulturanthropologischen Diktum einer Generalisierung innerhalb von Fällen, s. Geertz 1973, 26) eingehe – sind nachfolgende empirische Ausschnitte aufschlussreich.

Rück-, Über- und Ausblicke generieren

Im ersten Beispiel berichtete eine Genesungsbegleiterin von dem Lernprozess, der bei einer *EX-IN*-Weiterbildung abläuft und schilderte, wie hierbei aus ihrer Sicht ein spezifisches Wissen entsteht. Im Curriculum von *EX-IN* sind verschiedene Techniken verankert, in denen das sogenannte *Wir-Wissen* generiert wird (EX-IN 2016). In Kapitel 2.1 (S.33f.) habe ich bereits beschrieben, dass der Begriff *Wir-Wissen* in der *EX-IN*-Weiterbildung verwendet wird, um die spezifische, auf nicht-wissenschaftlicher Erfahrung psychischer Krisen basierende Expertise der Genesungsbegleiterinnen zu beschreiben (Utschakowski et al. 2009, 84). *Wir-Wissen* wird von dem niederländischen Psychologen Harrie van Haaster als »Sachverstand, der durch die Bewältigung von Erfahrungen erlangt wird« (van Haaster 2012, 51) definiert. Eine der Vorgehensweisen, um zu solch einem überindividuellen »Wissen aus Erfahrung« (Utschakowski et al. 2009) zu gelangen, ist es, in Kleingruppen Erzählungen, Diagnosen, Bedeutungen und Möglichkeiten auf einer Flipchart zu sammeln und diese dann erneut in der Gesamtgruppe zu diskutieren:

> Ich habe dann auch immer vergessen, wem ich was erzählt habe. Das kann man sich dann nicht mehr alles merken, in welcher Gruppe man zu welchem Thema welche Geschichte von sich preisgegeben hat. Das hat sich dann so in dieser Masse, in diesem Wir so aufgelöst. Und manchmal kamen ja auch solche Ergebnisse raus: […] Wenn man es dann an eine Tafel schreibt, dann kommt dann auf der Seite der Gruppe, der man was erzählt hat, die gleichen Dinge vor wie auf der Seite der Gruppe, der ich es nicht erzählt habe. Und das Wissen ist dann eben: Kommt immer darauf an. [lacht] (EI 6; 05.02.2017)

Sie beschrieb also, dass es einerseits eine Bandbreite an verschiedenen Aspekten und Meinungen gibt, die in dieser Erfahrungssammlung zusammengetragen wurden, andererseits aber auch, dass in diesem Flipchart-Konvolut Wiederholungen auftreten. Dabei gehe es häufig um Schlafschwierigkeiten, Gewichtszunahme und anderen Nebenwirkungen von Psychopharmaka. Die Bandbreite reichte von Schwierigkeiten am Arbeitsplatz, Stigmatisierung, und Ausgrenzung bis zu Partnerschaften und anderen sozialen Nebenwirkungen einer psychiatrischen Diagnose.

Eine Psychologin, die mit Genesungsbegleitern im stationären Kontext zusammenarbeitet, verwies darauf, dass die Gemeinsamkeiten womöglich weniger in den verschiedenen Wahrnehmungen von psychischen Krisen und unterschiedlichen Diagnosen bestehen, sondern vielmehr in diesem: »Gefühl vielleicht einmal wirklich aus der Gesellschaft rausgefallen zu sein […]. Einmal nicht mehr drin ge-

wesen zu sein, wie fühlt sich das an. Und dann auch diesen Weg wieder rein nehmen zu wollen.« (GI I; 16.01.2015)

Wie ich an anderer Stelle schon eingehender erläutert habe (siehe Kapitel 3.2, S.102) – und mit Stephensons und Papadopoulos' Konzept von *continuous experience*[4] gefasst werden kann – wird dadurch, dass verschiedene Erfahrungen einzelner Gruppenmitglieder beschrieben, entworfen und zusammengetragen werden, gewissermaßen das Repertoire an möglichen Erfahrungen für alle an diesem Prozess Beteiligten größer. Darüber hinaus, wie die Benennung bereits nahelegt, verweisen Papadopoulos und Stephenson auf eine Kontinuität, die bei solchen Gruppendiskussionsprozessen – mithilfe von Materialien wie hier dem Flipchart – hergestellt werden kann. In diesem empirischen Beispiel scheint eine Palette an möglichen Erfahrungen durch individuelles wie kollektives Niederschreiben, Sammeln und Diskutieren der eigenen Krisenerfahrung zu entstehen. Der Vergleich individueller Erfahrungen generiert einen Überblick über verschiedene Krisenerfahrungsmöglichkeiten, indem verschiedene Diagnosen, Bedeutungen, Verständnisse, Handlungsoptionen usw. zusammengetragen werden. Dieser Bedeutungspool, der aktiv von Genesungsbegleiterinnen in der Ausbildung mitgestaltet wird, versammelt in Addition mehr Aspekte als ein einzelnes Krisenerlebnis und führt zur Wiederholung mancher Beschreibungen. Zugleich entsteht ein Rückblick auf die jeweiligen individuellen Krisenerfahrungen (u.a. Pols 2016, 46), die rekapituliert werden. Das subjektive Krisenerleben wird dabei also einerseits zeitlich – durch die Rekapitulation des Erlebens – als auch räumlich – im Sinne einer Ansammlung verschiedener Varianten – erweitert.

Den jeweiligen aus diesem *Wir-Wissen* abgeleiteten Handlungsschluss in der alltäglichen Arbeit als Genesungsbegleiter, der sich aus einem Pool an gesammelten Möglichkeiten speist, paraphrasierte die Gesprächspartnerin mit »Es kommt immer darauf an«. Die Abhängigkeit dieses Reservoirs an Handlungsoptionen von den situativen Kontexten, sowohl der *EX-IN*-Ausbildung als auch den Anwendungskontexten, ist ein zentrales Merkmal von der hier generierten Erfahrungsexpertise. In jeder *EX-IN*-Klasse sind die Erfahrungssammlungen unterschiedlich, und in jeder Klinik führt die Genesungsbegleiterin unterschiedliche Tätigkeiten aus. Und doch entstehen Überlappungen und Wiederholungen.

---

4 Um das Konzept erneut ins Gedächtnis zu rufen: *Continuous Experience* beschreibt über Raum und Zeit verteilte multiple und dennoch kontinuierliche Erfahrungen »[…] and it does this through materialisation and tarrying with time.« (Stephenson und Papadopoulos 2006b, 441). Das Konzept betont Aspekte sozialer und aktiver Selbstbestimmung, wie Produktion von Erfahrungen, gegenüber dem passiven Erleiden einer ›universalen‹ (Krankheits-)Erfahrung.

Exkurs: Generalisierung innerhalb von Fällen – situiertes Generalisieren

Diese Relationalität und Kontingenz des ko-produzierten spezifischen Wissens und der daran anschließenden Handlungsmöglichkeiten – bei einem gleichzeitigen Versuch der Erweiterung des Gültigkeitsbereichs – erinnert daran, wie Clifford Geertz die Aufgabe der Ethnografin als »not to generalize across cases but within cases« (Geertz 1973, 26) fasste. Geertz verstand die Aufgabe des Ethnografen, bei der Generalisierung innerhalb von Fällen, als Suche nach Bedeutungen, Überprüfung dieser Deutungen und Erklärungen dieser Deutungen (Geertz 1973). Mir ist bewusst, dass ich hierbei ein Konzept, das auf die Spezifik kulturanthropologischer Theorie in den 1990er-Jahren zugeschnitten ist, in einen gänzlich anderen Kontext einbringe. Diese Analogie mit Geertz' Begriff ist dabei durchaus verfänglich, denn ich ordne mich nicht in die Reihe derjenigen amerikanischen Sozial-und Kulturanthropologen ein, die sich auf »Kultur als Text« (Geertz 1973; Carrithers 1988) und damit auf ein menschengemachtes Produkt, nicht den Prozess der Produktion fokussiert (u.a. Lindner 2003). Ich möchte die folgende zentrale Gemeinsamkeit zwischen meiner Nutzung dieses Begriffs und dem genannten kulturanthropologischen Ansatz betonen: Es werden keine universellen oder allgemeingültigen Aussagen angestrebt, sondern ein Generalisieren innerhalb von Fällen steht im Zentrum. Die Allgemeinheit, die erreicht wird »verdankt sich der Genauigkeit ihrer Einzelbeschreibungen, nicht dem Höhenflug ihrer Abstraktionen.« (Geertz 1973, 35.)

Mit *situiertem Generalisieren*[5] versuche ich darzustellen, dass Genesungsbegleitungsexpertise in Praktiken nicht als objektives oder universelles Wissen erscheint. Und doch ermöglicht situiertes Generalisieren die zeiträumliche Erweiterung einer spezifischen Krisenerfahrung in Richtung eines formal anerkannten Wissens. Etwa in diesen ersten Beispielen, indem ein Über- und Rückblick auf individuelle Krisenerfahrungen innerhalb der *EX-IN*-Ausbildung produziert wird. Zugleich bleibt deren Rückbindung an eine einzelne, individuelle Krisenerfahrung erhalten.

Im Unterschied zu kulturanthropologischem »Generalisieren innerhalb von Fällen« sind sicherlich sowohl Bezugspunkt als auch Ziel des Generalisierens etwas wesentlich anderes. Der Bezugspunkt für Genesungsbegleiterinnen – psychisches Krisenerleben in einem (teil-)stationären Kontext – ist keine freiwillige Entscheidung, und führt oft zu Stigma, Prekarität, höherer Sterblichkeit usw., um nur einen Bruchteil der Konsequenzen zu nennen (u.a. Aderhold 2007, Pescosolido 2013, Bock et al. 2015). Eine bedeutungsvolle Krisenerfahrung im Dewey´schen Sinne aus diesem zu generieren – durch nachträgliche Reflexion und Handlungs-

5 Ich bin mir darüber bewusst, dass es möglicherweise aktuell einen Trend in kulturanthropologischen Arbeiten gibt das Adjektiv »situiert« zu nutzen, um weitläufige Konzepte einzugrenzen (Pols 2006, Zuiderent-Jerak 2015).

schluss –, ist jedoch meiner Ansicht nach durchaus ein Prozess, der auch aufseiten der Nutzer gewählt oder nicht gewählt werden kann.

Feldforschung hingegen ist in aller Regel freiwillig – was nicht bedeutet, dass eine Feldforschungserfahrung keine Krisenerfahrung sein könnte, wie schon Malinowskis posthum veröffentlichte Tagebücher nahelegten (Malinowski 2003). Eine ethnografische Generalisierung innerhalb von Fällen – im Sinne von Geertz – vorzunehmen, ist vor allem auf eine Erweiterung des »Diskursuniversums«, wie er es nannte, ausgerichtet. Es geht hier darum, eine Theorie mittlerer Reichweite (Merton 1968) zu generieren, die sich aus dem engen Bezug zum empirischen Einzelfall herauslöst. Die Arbeit von Genesungsbegleiterinnen – als *situiertes Generalisieren* – richtet sich dagegen sicherlich primär danach aus, den Alltag der Nutzer zu verbessern und orientiert sich relational an den verschiedenen (teil-)stationären Situationen; eine Abstraktion von diesen Anwendungssituationen steht nicht im Zentrum.

Gemein ist kulturanthropologischem Generalisieren innerhalb von Fällen und *situiertem Generalisieren* die Spannung zwischen Rückbindung an einzelne Fälle, bzw. Biografien im gleichzeitigen Versuch über diese hinaus zu gehen. Auch über das oben genannte Beispiel der *EX-IN*-Weiterbildung hinaus, wurde die Verbreiterung des Geltungsbereiches einer individuellen Krisenerfahrung durch Über-, Rück- und Ausblicke eingebracht. Anna nutze beispielsweise hin- und wieder eine Liste von berühmten Personen, die Stimmen hörten oder noch immer hören in ihren Gruppentherapien – von Jesus, über Virginia Woolf bis Carlos Santana (Handout für Therapiesitzung, GM, März 2015). Hierbei verwies sie zwar weniger auf verschiedenes, individuelles Krisenerleben, allerdings eröffneten diese Personen und ihre Biografien in der (teil-)stationären Situation – unter der Gemeinsamkeit des Stimmenhörens – einen Pool an verschiedenen, möglichen zukünftigen Lebensverläufen und Biografien.

Ebenso können Genesungsbegleiterinnen selbst im (teil-)stationären Alltag eine Art Ausblick auf eine Zeit nach einer akuten psychischen Krisenerfahrung verkörpern. Für einige Nutzer, hier im Kontext von Gruppentherapien, repräsentierten Genesungsbegleiterinnen Hoffnung[6]. Ihre Anwesenheit verdeutlichte positive Zukunftsmöglichkeiten – sei es in Bezug darauf, dass Genesungsbegleitung ein mögliches Berufsfeld sein könnte oder, wie es ein häufig eingebrachtes Thema ist, in Bezug auf eine Reduktion von Medikation. So auch in den folgenden beiden Ausschnitten, die Gruppentherapiesituationen entnommen sind, in denen Genesungsbegleiter gemeinsam mit einem anderen Mitarbeiter – im ersten Fall mit

6 Hoffnung ist ein unterbetrachtetes Konzept in kulturanthropologischen Arbeiten. Eine materiell-semiotische Konzeption zu Praktiken des Hoffens bieten Hauer, Nielsen und Niewöhner (Hauer, Østergaard Nielsen und Niewöhner 2018).

einer Psychologin, im zweiten mit einem Pfleger – eine Gesprächsgruppe leiteten. In einer Gruppensitzung in der TK5 kam es zu folgendem Wortwechsel:

> Frau Bühler: »Also Sie sehen so fit aus, so stabil. Nehmen Sie keine Medikamente mehr?«
> Anna: »Also ich habe lange Medikamente genommen, habe sie dann aber langsam ausgeschlichen und nehme jetzt keine Medikamente mehr.« (FN I; 15.01.2013)

Die Einschätzung vonseiten der Nutzerin, dass die Genesungsbegleiterin nicht unter Nebenwirkungen von Medikamenten leide, wie beispielsweise hängenden Mundwinkeln, motorische Störungen, Müdigkeit, langsamer Sprache usw. trug dazu bei einen möglichen positiven Vorausblick zu generieren. Anna war gewissermaßen der ›lebende Beweis‹ dafür, dass Medikamenteneinnahme auch enden kann. Auch auf der Station 20 entwickelte sich ein ähnliches Gespräch in einer gruppentherapeutischen Sitzung:

> Herr Timm: »Wie war das bei Ihnen mit Medikamenten? Also ich habe ja gehört, dass Sie ganz ohne Medikamente leben. Wie ist das?«
> Anna: »Ja, also ich würde niemandem empfehlen es so zu machen, wie ich das gemacht habe. Ich habe wirklich viel Schwein gehabt. Es gibt so eine Broschüre zum Absetzen von Medikamenten. Also es gibt in Deutschland eine Klinik, die das sichere Absetzen zum Ziel hat. Also wenn Absetzen, dann wenigstens informiert absetzen.« (FN II; 20.05.2015)

In dieser zweiten Vignette zeigt sich auch, dass Anna nicht empfahl Medikamente ohne Betreuung abzusetzen, sondern auf die Risiken hinwies, eine Informationsbroschüre anbot und zugleich die Möglichkeit erneut ohne Psychopharmaka zu leben nicht komplett verwarf. Damit handelte sie in Übereinstimmung mit Konventionen der psychiatrischen Versorgung, denn der Prozess des Absetzten oder Ausschleichen von Psychopharmaka wird quasi unumstritten als risikoreicher Prozess verstanden, da die Angst vor »rebound« Effekten nach misslungenen Absetzversuchen – also starken Krisen, die eine erhöhte Medikamentierung zur Folge haben – groß ist (Lehmann 2008). Dass es dennoch für viele Menschen auch ein gewünschter Weg in eigenständige Zukunft ist, bleibt hingegen Thema vieler Debatten.

In der psychologisch psychiatrischer Fachdebatte wird dieser Ausblick über die akute Krise hinaus, den Genesungsbegleiter verkörpern, häufig als zentrales Charakteristikum beschrieben: Genesungsbegleiterinnen seien Hoffnungsträger und gerade das sei ein Teil ihrer therapeutischen Wirksamkeit (u.a. Chinman et al. 2016; Mahlke et al. 2015a; Heumann et al. 2018). Mein Anliegen ist es jedoch zusätzlich darauf zu verweisen, dass der explizite Einzelfall von Anna in den beschriebenen gruppentherapeutischen Situationen dem Repertoire an möglichen zukünftigen Erfahrungen eine weitere Option hinzufügte (die nicht offen von anderen Professionen vertreten werden konnte) und zugleich an die Genesungsbegleiterin ge-

koppelt blieb. Der anwesende Körper, der zumindest nicht unter sichtbaren medikamentösen somatischen Nebenwirkungen leidet, verweist auf eine mögliche Zukunft ohne Medikamente. In der zweiten Gruppensituationen wurde gemeinsam eine vorsichtige Abstraktion von dem individuellen Erleben der Genesungsbegleiterin und dem der anwesenden Patienten erreicht, welche die Spezifik des Einzelfalls dennoch nicht negierte (»Ja, also ich würde niemandem empfehlen es so zu machen, wie ich das gemacht habe. Ich habe wirklich viel Schwein gehabt«). Zugleich aber über den Einzelfall der Genesungsbegleiterin hinausreicht, indem von einer speziellen Klinik, die den Prozess des Medikamenten Absetzens unterstützt, berichtet wurde.

In diesen empirischen Beschreibungen wird der gleichzeitige Versuch der Erweiterung des Gültigkeitsbereiches eines spezifischen ko-produzierten Wissens und dessen gleichzeitige subjektive Bindung über verschiedenen Rück- und Über*blicke* auf Krisenerfahrungen und Aus*blicke* über diese hinaus, generiert. Diese verschiedenen *Blicke* basieren weiterhin auf einer explizit situierten Perspektive auf Krisenerfahrung und deren gleichzeitiger zeitlicher und oder räumlicher Erweiterung.

»Ein verstehender Modus«

Eine andere Variante von *situiertem Generalisieren*, die ich nur kurz anreißen möchte, in der die Reichweite eines psychischen Krisenerlebnisses erweitert wird, um sie für spezifische Situation des (teil-)stationären Alltags anwendbar zu machen, lässt sich mit folgendem Ausschnitt aus einem *Ad-hoc*-Gespräch in der TK5 illustrieren. Hier verläuft die Abstraktion der Krisenerfahrung nicht über eine Sammlung oder einen Pool an verschiedenen Möglichkeiten, sondern besteht in der Aushandlung von Schnittmengen und Differenzen und im Versuch vonseiten der Genesungsbegleiterinnen über die eigene Krisenerfahrung hinauszugehen und andere Erfahrungen *zu verstehen*.

Wir befanden uns auf einer Busfahrt, gemeinsam mit Patienten und Mitarbeitern zu Werkstätten, die potenzielle Arbeitsplätze nach einem Klinikaufenthalt anbieten. Es entspann sich ein Gespräch zwischen Anna und mir über Genesungsbegleitung, während wir nebeneinander im Bus saßen:

> Ich kenne auch Punkte von Verzweiflung. Ich kenne Punkte von ›Ich will nicht mehr leben‹. Also bestimmte Dinge werden sich im Gespräch wirklich vielleicht auch wiederfinden, und dennoch bleibt es an vielen Stellen auch anders. Also ich glaube, dass ich auch dadurch in meiner Rolle in so einem verstehenden Modus bin, auch wenn ich nicht alles – natürlich nicht! – nachvollziehen kann oder denke: Oh krass, dass jemand das so erlebt oder so Dinge macht. Aber dennoch, immer so eine Offenheit besitze: Das macht anscheinend Sinn oder alles ist auf irgendeine Art

> verstehbar. Der Chefarzt meinte daraufhin: Aber durch Verstehen entsteht keine Veränderung. Aber dann – bei mir hat das nachgewirkt – aber mit Verstehen entsteht Verbindung, und das ist immer das Erste. Also wenn es um Beziehung geht. Und natürlich braucht es dann noch vielleicht eine andere Anregung und einen Impuls und dann bin ich vielleicht auch weniger geeignet. (FN I; 29.01.2013)

Anna betonte einen verstehenden Anteil in ihrer Arbeit als Genesungsbegleiterin, der nicht notwendigerweise daran gekoppelt sei, dass die *Erfahrungen* des Gegenübers im Gespräch für sie nachvollziehbar sind. Vielmehr schien für sie die Besonderheit in der Offenheit der Begegnung in einem »verstehenden Modus« (ebd.) zu liegen. Dieser kommt meiner Ansicht nach in dieser Beschreibung einem Geertz'schen Verständnis von *Verstehen* nahe (Geertz 1974). Geertz brachte dabei ein Dilemma auf den Punkt, das sich in diesem Beispiel wiederfindet: »What happens to *verstehen*, when *einfühlen* disappears?« (Geertz 1974, 28). Was passiert also, wenn es nicht möglich ist, sich in einem *empathischen* Sinn, in die Erfahrungen des Gegenübers einzufinden? *Verstehen* ist für Geertz »more like grasping a proverb, catching an allusion, seeing a joke – or, as I have suggested, reading a poem – than it is like achieving communion« (ebd., 45). Alles in allem also eine unsichere Sache und keine tiefe holistische Vereinigung von Personen, wie sie (in Kapitel 2.1. S. 38ff. kritisch ausgeführt) in vielen Diskussionen über Genesungsbegleitung angenommen wird. Anna selbst beschrieb einen solchen verstehenden Modus nicht im romantisch-empathischen Sinn, sondern eher in einem Versuch, nach Verständnis zu greifen als die Spezifik ihrer Begegnung mit Patientinnen und in der gleichzeitigen Anerkennung der Unterschiede. Ähnlich führte eine andere Genesungsbegleiterin im Gespräch aus:

> Mit Ängsten hab ich eigentlich auch nichts zu tun. Nur weil jemand ein sogenannter Peer ist, muss er noch lange nicht die gleichen Erfahrungen teilen. Auch wenn es Schnittmengen gibt, also manchmal reicht das eben aus, dass man bestimmte Erfahrungen teilt. Es ist ja auch [seufzt], letztendlich sind ja viel mehr Menschen in gewisser Weise Peers in bestimmten Lebensbereichen, zum Beispiel, ich kann auch nicht die Erfahrung teilen mit Klienten, wie es ist Kinder zu haben. Das könntest du dann besser. (EI 13; 07.08.2017)

Auch in diesem Interview wurde betont, dass es nicht um die »gleichen Erfahrungen«, sondern um eine Schnittmenge mancher Erfahrungen gehe. Worin diese bestünden; variierte in den verschiedenen Kontexten meiner Feldforschung. Ein gemeinsamer Nenner wurde jedoch häufig hervorgehoben: Die Gemeinsamkeit bestünde vielmehr in der Position als Patient in einer (teil-)stationären Einrichtung und den daraus folgenden Wirkungen. »Die andere Seite der Macht erlebt zu haben« (FG 1; 16.01.2015) paraphrasierte Anna diesen Zusammenhang. Die vorsichtige Abstraktion vom Einzelfall besteht in den empirischen Beispielen um einen »ver-

stehenden Modus« bereits in der Anerkennung von Differenzen von Krisenerleben zwischen Personen und in den Entscheidungen über die jeweiligen Schnittmengen.

Kanalisierendes Reflektieren & Situiertes Generalisieren: (K)eine Spezifik von Genesungsbegleitung?

Bei diesen Beschreibungen stellt sich allerdings die Frage, inwiefern *kanalisierendes Reflektieren* und *situiertes Generalisieren* eine Spezifik von Genesungsbegleitung sein sollte. Schließlich ist beides an sich keine Neuheit für therapeutisches Arbeiten: Supervisionen, Lehranalysen, Teambesprechungen usw. sind nur einige mögliche Formate, in denen gerade *Reflektieren* in klinische Praxis eingelagert ist. Wenn ich zudem davon ausgehe, dass *Reflektieren* ein ko-produzierter Prozess ist, warum sollte *kanalisierendes Reflektieren* und *situiertes Generalisieren* allein auf Genesungsbegleiterinnen zutreffen? (Pols 2013, 2014.) Vonseiten vieler beteiligter Professionen wurden, wie mein Material zeigt, insbesondere Gruppenkonstellationen mit den Genesungsbegleiterinnen als gewinnbringend für therapeutisches Arbeiten und als außergewöhnlicher Aspekt beschrieben. Beispielsweise in der Nachbesprechung einer Gruppentherapiesitzung, in der sich eine Psychologin und eine Pflegerin darüber unterhielten, wie sie dort *ihre Erfahrungen* eingebracht hätten. In meinem Feldforschungstagebuch habe ich den Gesprächsablauf folgendermaßen protokolliert:

> Laura: »Ich glaube, wenn ich Erfahrungen einbringe, dann ist das eher abstrakt. Bis auf meine Kinder. Davon spreche ich schon oft.«
> Andrea: »Ach, ja, das ist immer gut mit den Kindern. Ja, also ich erzähle nicht so von meinen persönlichen Erfahrungen, außer es geht wirklich ganz nah, die Situation oder das Verhältnis. Dann schon. Aber ansonsten ist das eher abstrakt. Ich beziehe meine persönlichen Erfahrungen schon mit ein. Aber ich nenne keine persönlichen Adressen oder Kontexte: Ich sage dann eher: »wir Menschen« … oder »es ist eine schmerzliche Erfahrung« … aber ich sage nicht: »Mir hat jemand schon mal so und so weh getan und deswegen.«
> Laura: »Ja, also den persönlichen Kontext, die Namen und so, das lasse ich auch weg. Das machen dann die Patienten. Außer es geht ganz nah. Und Anna macht das ja. Sie erzählt ja auch von solchen persönlichen Kontexten. Und ich merke auch, wenn Anna diese Therapiegruppe zum Beispiel macht, dann fange ich auch manchmal an, persönlicher zu erzählen. Dann ist mir das irgendwie näher.«
> (FN I; 24.01.2013)

Einerseits sprachen die beiden Mitarbeiter davon, dass der Abstraktionsgrad ein größerer – im Vergleich zu dem Vorgehen von Anna – sei: Sie würden beide keinen Namen nennen, keinen konkreten Kontext angeben, und die eigene Biografie nur

in Ausnahmefällen explizit als Bezugspunkt einbringen. Stattdessen werden Stellvertreter und allgemeinere Kategorien für persönliche Erlebnisse gesucht. Andererseits unterschieden sich die beiden Mitarbeiterinnen auch voneinander. Laura sprach beispielsweise durchaus von ihren Kindern – möglicherweise eine Kategorie, bei der die Rückbindung an die Person die Generalität der Aussage nicht unbedingt aussetzt. Zudem schien sie in Anwesenheit von Anna, der Genesungsbegleiterin, zu größerer Offenheit in Bezug auf Erzählungen ermutigt zu werden. Ein folgender kurzer Einblick in eine Gruppentherapiesituation zeigte dagegen, wie Andrea, als Psychologin, beispielsweise eine *Erfahrung* einfließen ließ und dabei meiner Ansicht nach wenig explizite persönliche Bezüge aufzeigte:

> Auch ich habe in meiner Jugend mit meinen Eltern Probleme gehabt. Sie haben mir immer sehr viel vertraut, und aus mir ist was geworden – […] oder wie man es so nimmt. (FN I; 07.02.2013)

Auch andere Berufsgruppen in der (teil-)stationären psychiatrischen Versorgung reflektieren Erfahrungen und bringen diesen in den Alltag ein. Aussagen wie: »Probleme mit seinen Eltern in der Jugend zu haben«, beschreibt jedoch weder, um welche Probleme es genau sich handelte, noch wie der Umgang mit diesen statt fand. Nicht-Genesungsbegleiterinnen scheinen in der Tendenz anonymere Bezüge zu ihren Biografien herzustellen und in weniger personengebundene Konzepte zu generalisieren.

Das Ziel dieses *situierten Generalisierens* ist jedoch sowohl bei Genesungsbegleiterinnen wie bei allen anderen Mitarbeiterinnen primär darauf ausgerichtet, das tägliche Leben von Patienten zu verbessern. Es geht weniger um die Akkumulation eines Wissenskörpers, sondern richtet sich im besonders am Alltag aus. Verschiedene Varianten auszuprobieren steht im Vordergrund, zu experimentieren, anzupassen, um »tinkering« wie es Annemarie Mol, Jeanette Pols, Ingunn Moser und andere Akteurinnen in kulturanthropologischen Interpretationen nennen würden: »On people willing to adapt their tools to a specific situation while adapting the situation to the tools, on and on, endlessly tinkering.« (Mol, Moser und Pols 2010, 15).

Darüber hinaus arbeiten Mitarbeiter des *psy-complex* mit »Erfahrungen zweiter Hand« (Pols 2014, Übersetzung CS) – durch den täglichen Kontakt mit Nutzern und deren Erleben. Auch hier zeigt sich: Alle Mitarbeiter (ebenso wie Nutzerinnen) in der (teil-)stationären psychiatrischen Versorgung probieren aus, passen ihre Instrumente einer spezifischen Situation an und generieren *Praktiken des Reflektierens* wie Varianten des *situierten Generalisierens*.

Kanalisierendes Reflektieren und *situiertes Generalisieren* sind Praktiken, die in verschiedenen Varianten (die sich weder komplett gleichen noch komplett miteinander kontrastieren) von allen Mitarbeitern und Nutzern (die nicht im Fokus dieser Arbeit stehen) in der (teil-)stationären psychiatrischen Versorgung hervorgebracht

werden können. Sie scheinen sich vor allem darin zu unterscheiden, wie explizit die Rückbindung an die einzelne Person stattfindet und wie weit vom Einzelfall abstrahiert wird.

Die in diesem Kapitel umrissene Formation des *kanalisierenden Reflektierens* zeigt einen Modus, in dem Erfahrungsexpertise in einem (teil-)stationären psychiatrischen Versorgungskontext mobilisiert wird. Sie zeichnet sich bei allen Beteiligten dadurch aus, dass sie sich auf ein individuelles Erleben beziehen und eine Erfahrung im Dewey´schen Sinne hervorbringen. Die Bindung zwischen Generalisierung und persönlichem, nach innen gerichtetem Krisenerlebnis wird nach meiner Interpretation der empirischen Beispiele über *kanalisierendes Reflektieren* erreicht. Sie ist für Mitarbeiterinnen anderer Berufsgruppen weniger explizit an den eigenen biografischen Verlauf gekoppelt als für Genesungsbegleiterinnen. Dabei kommt einer Form des vorsichtigen Abstrahierens eine wichtige Rolle zu. *Situiertes Generalisieren* erweitert den Gültigkeitsbereichs der jeweiligen spezifischen Krisenerfahrung – innerhalb der *EX-IN*-Ausbildung beispielsweise durch die Generierung eines kollektiven Über- und Rückblicks oder in einem anderen Beispiel durch einen *verstehenden Modus,* der Bedeutungszusammenhänge formiert und transformiert. Das hierbei entstehende Wissen ermöglicht Austausch, ist kontextorientiert und relational. Dennoch bleibt es zugleich ein Wissen, das »gebunden ist an biographische Verläufe […] ein Wissen, das hochgradig soziale, kulturelle, genderspezifische Spezifik hat« (Beck 2009, 14).

Kanalisierendes Reflektieren generiert meiner Ansicht nach eine doppelten Annäherung von Erfahrungsexpertisen und formal anerkannten Expertisen: Erstens in Bezug auf den Umgang mit einer Krisenerfahrung. *Kanalisierendes Reflektieren* konstituiert einzelne Subjekte, die in kritischer Distanz zu ihrer individuell-subjektiven psychischen Krisenerfahrung stehen, sowie über die Fähigkeit zur (zumindest partiellen) sprachlichen Explikation dieser Erfahrungen verfügen und dieses flexibel anwenden können. Sie können »Expertise aus Erfahrung« als *situierte Generalisierungen* im (teil-)stationären Alltag einbringen. Zweitens sind Praktiken des Reflektierens, die sich auf biografische Eigenheiten und tägliche seelische Zustände oder konkrete Arbeitssituationen beziehen sowie produktiv in die (teil-)stationäre psychiatrische Versorgung eingebracht werden sollen, in den alltäglichen Praktiken aller Berufsgruppen des *psy-complex* eingelagert. Durch *kanalisierendes Reflektieren* wirkt Genesungsbegleitungs-Erfahrungsexpertise vor allem als (legitimierende) Unterstützung formal anerkannten Wissens.

Distanz zur Krisenerfahrung, sprachliche Artikulation, das Vermögen, Zusammenhänge in *situierter Generalisierung* herzustellen – all diese Aspekte, die ich hier unter *kanalisierendem Reflektieren* diskutiert habe – erzeugen latent ein kognitiv-mentales, an das einzelne vernünftige (im Sinne eines vorsichtigen Abwägens und bewusster Wahl) Subjekt gebundenes Reflexivitätsverständnis. Bei *kanalisierendem Reflektieren* bleibt Erfahrungsexpertise wesentlich an einen einzelne Genesungsbe-

gleiter gebunden und die Erfahrung scheint der Situation, in der sie mobilisiert wird, vorgängig zu sein. Dadurch rücken vor allem – wie auch in der oben beschriebenen doppelten Annäherung deutlich wird – diejenigen Aspekte in den Vordergrund, die sich gut mit Prämissen eines westlichen wissenschaftlichen Wissens vertragen.

Madeleine Akrich problematisierte unlängst, dass die Folge eines solchen Verständnis von Erfahrungsexpertise im Kontext von Patientinnenexpertise paradoxerweise das *Re-enactment* einer Lücke zwischen Wissenschaftlern und Laien sein kann (Akrich 2016): Ihrer Ansicht nach besteht die Gefahr, dass die Idee zu demokratischerer Gesundheitsversorgung durch die Integration der Erfahrungen von Nutzerinnen zu gelangen, häufig im Gegenteil ende und sie stattdessen jeglicher kritischer Kapazitäten beraube (ebd.,12).

Es ist jedoch gerade die Stärke von Genesungsbegleitung, dass sie in dieser Lesart von *Praktiken des Reflektierens* nicht aufgeht: Allein diese Interpretation von Erfahrungsexpertise anzubieten, würde meiner Ansicht nach zum einen zu einer unzulänglichen Überbetonung kognitiv-mentaler Aspekte bei Genesungsbegleitung führen. Es würde – gewissermaßen analog zu den Theorien der reflexiven Moderne – unter anderem eine Leerstelle in Bezug auf Körperlichkeit und Materialitäten produzieren (siehe Kapitel 4.3, S.133). Denn Genesungsbegleiter bringen nicht nur Wissen ein, das die Figur einer anerkannten psychiatrischen Expertise unterstützt. Zum anderen würde es das transformative Potential von Genesungsbegleitungsexpertise unterschlagen. Im Gegensatz zu Akrichs Untersuchungen zu Patientinnengruppen generiert Genesungsbegleitung durchaus auch Situationen, in denen Kritik und Innovation möglich sind. Beide Aspekte sind Gegenstand des folgenden Kapitel 6.

6 *Erweiterndes Reflektieren*: ›Blinde Flecken‹ psychiatrischer Versorgung adressieren?

> Genesungsbegleiter sehen die einfachen Dinge, die wir nicht sehen. Und sie machen uns auf Dinge aufmerksam, wo wir merken, da haben wir ganz viele blinde Flecken. (EI 11; 01.03.2017)

Die Verstärkung formal anerkannten Wissens ist gewiss nur eine Wirkdimension von Erfahrungsexpertise im (teil-)stationären psychiatrischen Alltag, die mit *Praktiken des Reflektierens* hervorgebracht wird. Spezifische Krisenerfahrungen von Genesungsbegleiterinnen werden als Expertise im (teil-)stationären Alltag ebenso effektiv, indem sie ›abstraktes‹ Wissen erweitern. Und dies sowohl im Sinne einer Opposition zu diesem als auch im Sinne einer – wie oben im Gespräch mit einer Pflegedienstleiterin bemerkten – Hinwendung zu (vermeintlichen und tatsächlichen) blinden Flecken zertifizierten Wissens. Um psychische Krisen erfolgreich zu bewältigen sind eben auch Kompetenzen gefordert, die »›Yuppie-Schnösel‹, eilige ›Ärzte‹ oder ›Theoretiker‹ offenbar nicht vorweisen können«, wie Stefan Beck es polemisch ausdrückte (Beck 2009, 228). Dass es den gelernten Experten nicht (mehr) möglich sei, die Gesamtheit einer medizinischen Diagnose zu überblicken, ist eine bereits lange existierende Kritik an modern-medizinischen Versorgungssystemen, die unter anderem deren (Über-)Spezialisierung auf einzelne Kompetenzbereiche beanstandet (u.a. Rabeharisoa 2014).

Genau solche Kompetenzen, die diesen und andere Mängel der (teil-)stationären Versorgung adressieren, stehen bei Praktiken des *erweiternden Reflektierens* im Zentrum, dem zweiten Modus des Reflektierens, den ich in dieser Arbeit vorstelle. *Erweiterndes Reflektieren*, so das Argument dieses Kapitels, führt zu einer Erweiterung des Geltungsbereiches von formal anerkanntem Wissen in den (teil-)stationären Settings durch Genesungsbegleitung. Es geht hier unter anderem um Themen wie Partnerschaften, um Schlafmangel, um die Nebenwirkungen von Medikamenten, um die Auswirkungen von psychiatrischen Diagnosen auf alltägliche Situationen, um Stigma und Ausgeliefertsein. Zwar haben sich Nutzerinnen untereinander (ebenso wie viele Ärzte, Psychiater, Psychologen, Pfleger, Ergotherapeuten

und Sozialarbeiter usw.) sicherlich schon immer über solche Inhalte ausgetauscht. Gerade in sozialpsychiatrischen Milieus ist die Bedeutung dieser Aspekte für die Krankheitsbewältigung anerkannt (u.a. Dörner et al. 2017; Thoma 2018).

Allerdings erhalten solche »lebensweltlichen«[1] Themen mit Genesungsbegleitung eine andere Position im (teil-)stationären Alltag – wenn auch meist unter prekären Arbeitsbedingungen für Genesungsbegleiterinnen und mit vergleichsweise wenig Autorität ausgestattet – wie nachfolgend deutlich werden wird. In meinen empirischen Materialien wurde gerade vonseiten anderer Mitarbeiterinnen hervorgehoben, dass lebensweltliche Aspekte von Psychiatrieerfahrung die Domäne der Genesungsbegleiterinnen sei.

Erweiterndes Reflektieren ermöglicht, wie ich in dem vorliegenden Kapitel ausführen werde, einen ungewöhnlichen und ungewohnten »knowledge space« (Turnbull 2000) in der psychiatrischen (teil-)stationären Versorgung in Deutschland.

Damit will ich kein additives Wissensmodell vorschlagen, das behauptet man könne zum: »wahren Wissen der Medizin die Perspektive der Betroffenen [addieren, Anmerkung CS], dann könne die Performanz des medizinischen Systems im Interesse aller Beteiligten […] deutlich gesteigert werden« (Beck 2015a, 229). Ich gehe also nicht per se davon aus, wie in Kapitel 4.1 (siehe S. 137ff.) umrissen, dass Reflektieren und Reflexivität positive Effekte haben. Vielmehr fokussiere ich, wie mit *erweiterndem Reflektieren* eine spezifische Trajektorie von psychischen Krisenerfahrungen zu Genesungsbegleitungsexpertise produziert wird, in der einerseits die »fleshy situatedness of our modes of being« (Mol und Law 2004, 43) und/oder andererseits systemische Nebenfolgen von psychiatrischer Versorgung in den Blick rücken.

Dabei wird – im Gegensatz zu *kanalisierendem Reflektieren* – nicht notwendigerweise ein Bezug zum individuellen Krisenerleben einer Genesungsbegleiterin hergestellt. Mit Praktiken des *erweiternden Reflektierens* stelle ich nicht die Transformation von Krisenerfahrungen in eine bedeutungsvolle Krisenerfahrung im Sinne von Dewey ins Zentrum, sondern wende mich Leerstellen und blinden Flecken von gegenwärtiger (teil-)stationärer psychiatrischer Versorgung zu, die durch Genesungsbegleitung adressiert werden. Der Gegenstand der Reflexion in Praktiken des *erweiternden* Reflektierens, um es kurz zu sagen, ist vor allem die relationale, gemeinsame Situation zwischen Patienten, Mitarbeitern und Umwelten im psychiatrischen (teil-)stationären Alltag, weniger ein dieser Situation vorgängiges Krisenerlebnis und dessen Transformation aufseiten der Genesungsbegleiterin.

---

1 Ich nutze den Begriff »lebensweltlich« in Ermangelung eines klareren Begriffs angelehnt an Alfred Schütz´ soziologische Deutung (Schütz & Luckmann 1979, 25), da sich hiermit auf einen Kontrast zu formal anerkannter Expertise verweisen lässt und zugleich die soziale Bedingtheit von Erfahrungen betont wird.

Praktiken des *erweiternden Reflektieren* eröffneten innerhalb meiner Feldforschung im Besonderen einen Raum für körperliche Situiertheit: sowohl für Genesungsbegleiterinnen, als auch für Nutzerinnen und andere Mitarbeiterinnen. Hierauf gehe ich ich in Kapitel 6.1 »Raum für ›die ganze Person‹?« ein. Ich zeichne nach, wie ›die ganze Person‹ der Erfahrungsexpertin alltagspraktisch in ein klinisches Setting eingebracht wird oder werden soll. Die Offenlegung von psychischen Krisen erstens, und zweitens, der Umgang mit Medikation bieten ergiebige Themenbereiche aus meinen empirischen Feldforschungsmaterialien. Die *Erweiterung* besteht hier vor allem darin, dass Aspekte eingebracht werden, die Charakteristika widersprechen, welche klassischerweise Expertise zugeschrieben werden, wie bspw. Universalität und Verlässlichkeit (u.a. Daston 2007).

Die *Erweiterung* kann aber auch darin bestehen, dass es sich um eine Opposition zu systemischen – oder, genauer, infrastrukturellen (Star und Ruhleder 1996; Niewöhner 2015) – Dimensionen von gegenwärtiger (teil-)stationärer psychiatrischer Versorgung handelt. Eine solche durch Genesungsbegleitung bedingte *Erweiterung* wurde während meiner Feldforschung vor allem in Bezug auf Sprache und den Umgang mit Diagnose-Klassifikationen thematisiert, wie ich in Kapitel 6.2 »Raum für Sprache und Kritik?« erläutere.

Diese beiden Varianten des *erweiternden Reflektieren* sind nur zwei Ausschnitte aus einer Vielzahl an möglichen, im Rahmen von Genesungsbegleitung aufkommenden Aspekten, in denen eine Opposition zu und Kritik an Psychiatrie verhandelt wird – dies sei vorab noch bemerkt.

Ich spreche trotz dieses Fokus auf Kritik und Opposition von *erweiterndem Reflektieren*, statt etwa von kritischem oder oppositionellem, da es sich in Teilen um eine gewollte, im Versorgungssystem bereits angelegte Kritik handelt. Denn Genesungsbegleiter sollen zwar im (teil-)psychiatrischen Alltag kritisch sein. Doch dieses Kritisch-Sein vollzieht sich in einem spezifischen Kontext: Häufig werden bestimmte Einwände von Genesungsbegleitern erwartet und auch von anderen Mitarbeiterinnen geteilt. In anderen Fällen muss die Kritik an Radikalität einbüßen, um in einer psychiatrischen Klinik wirkmächtig werden zu können. Anna fasste eine solche Position der Genesungsbegleiterinnen mit den Worten: »Wir sollen zwar bellen, aber nicht beißen« (FN I; 22.02.2013) zusammen – also als eine gewissermaßen zahnlose und folgenlose Form. Zu anderen Zeitpunkten wiederum blieben Einwände vonseiten der Genesungsbegleiter nicht nur folgenlos, sondern kamen gar nicht erst zum Ausdruck, wie beispielsweise die nachkommend geschilderte Situation verdeutlicht:

Anna und ich befanden uns, wie so häufig, auf dem Weg zu einem Gesprächstermin und sie erzählte von einer Situation im Schwesternzimmer während einer Übergabe. Die »Übergabe« bezieht sich in diesem Fall auf den Informationsübergabeprozess zwischen verschiedenen Pflegeschichten (i.d.R. Frühdienst, Spätdienst und Nachtschicht). Auf der Station 20 wurden hier zumeist alle Patientin-

nen anhand einer ausgedruckten Liste durchgesehen und geprüft, Veränderungen in deren Verhalten (häufig mit einem einfachen Pfeil nach oben oder Pfeil nach unten) markiert, besondere Vorkommnisse, Medikation und Ausgangsregelungen usw. besprochen. Anna erklärte:

> Und es wird zwar einerseits von mir erwartet, dass ich Kritik äußere. Und es gibt schon Momente, da sitzen drei Leute aus der Pflege bei der Übergabe und diagnostizieren wild herum zwischen F20 und F40. Und das stößt mir schon auf, aber in dem Moment sage ich es nicht. Es ist ja nicht mal so, dass ich mich das nicht traue. Sondern die Situation gibt es einfach nicht her. Die sind sowieso schon mit Übergabe total beschäftigt und dann, ja, dann sage ich nichts. (FN II; 18.05. 2015)

Anna nannte hier vor allem den Zeitdruck in der Übergabesituation, der Bemerkungen zum Umgang mit Diagnoseklassifikationen verhindere. Übergaben in klinischen Situationen, egal in welcher Variante (für eine medizinisch-psychiatrische Review der Effektivität verschiedener Übergaben siehe Smeulers et al. 2014; 2015) sie stattfinden, unterliegen meiner Ansicht nach immer relativ hohem Zeitdruck. Sie bündeln und versammeln viel Personal, dass dann nicht im direkten Kontakt mit den Nutzern steht. Auf der Station 20 wurde die Zimmertür des Schwesternzimmers für den Zeitraum der Übergabe geschlossen und es wurde versucht »Störungen« (FN I) von außerhalb des Raumes so lange wie möglich zu ignorieren – was selten gelang und fast immer zu Unterbrechungen führte. Diese Bedingungen im Gesamtablauf des stationären Alltags führten also dazu, dass Anna keine Kritik an einem sprachlichen Umgang mit Diagnosen übte.

Dennoch wurde vonseiten der Pfleger, der Ärzte, der Sozialarbeiter usw. regelmäßig der Wunsch an die Genesungsbegleiter formuliert, kritisch zu sein: »Also ich wünsche mir mehr Genesungsbegleiter aus dem Grund, dass man in der eigenen Kritik an der Psychiatrie noch mehr Rückendeckung bekommt« (FG 1, 16.01.2015) bemerkte beispielsweise ein Psychiater im Gespräch.

Obwohl also Kritik an Psychiatrie im Feld als maßgeblicher Beweggrund für Genesungsbegleitung formuliert wurde und ein Effekt von Erfahrungsexpertise in Aktion sein kann, besteht meiner Ansicht nach die Wirkmacht von *erweiterndem* Reflektieren im Stationsalltag nicht vorrangig darin, dass es sich um besonders kritisches Wissen handelt. Stattdessen wird – im besten Fall – ein »knowldge space« generiert, in dem Kritik möglich, aber nicht erforderlich ist.

6.1 Raum für die »ganze Person«? – Offenlegung von psychiatrischen Diagnosen und der Umgang mit »Nebenwirkungen«

> Und das ist so: Das (Genesungsbegleitung, Anm. CS.) kann man nur erklären, wenn man die ganze Person gleich mit erklärt. Das muss keine andere Berufsgruppe machen. (FG 1; 16.01.2015)

In diesem Ausschnitt aus einem der Fokusgruppengespräche wurde das Bild »der ganzen Person« eingebracht, um die Differenz zwischen Genesungsbegleiterinnen und anderen Mitarbeiterinnen in psychiatrischen Kliniken zu erklären. Dieser Abschnitt und der Ausspruch von Anna, an sie werde herangetragen »als ganze Person sichtbar zu werden« (FN II; 05.05.2016) – der so und so ähnlich sehr häufig eingebracht wurde – ist eine Variante der übergreifenden Argumentationslinie, dass Genesungsbegleiter andere und im biomedizinischen Modell nicht anerkannte Aspekte und Kompetenzen einbringen. Zum Beispiel durch eine Überschreitung der Trennung in private und professionelle Person (in einer »ganzen Person«). Allein die Offenlegung einer psychiatrischen Diagnose, bzw. die eines Angehörigen, in einem professionellen Kontext, die Grundvoraussetzung für das Agieren als Genesungsbegleiterin ist, wirkt in diese Richtung. Es können dabei aber auch im engeren Sinne körperliche Aspekte in den Vordergrund gehoben werden. Ob dieses Einbringen von ungewöhnlichen Kompetenzen vor allem darin begründet liegt, dass Genesungsbegleiterinnen weniger alltäglichen Zwängen unterliegen (sie müssen keine Medikamente verschreiben; sie müssen vergleichsweise wenig Verantwortung für Entscheidungen übernehmen) oder ob ein genuin spezifisches Wissen als Grund für diese Argumentation herangezogen wird, unterscheidet sich in meinen empirischen Materialien stark. Mir geht es nicht darum, hierfür einen einzelnen und klaren kausalen Zusammenhang zu vertreten; vielmehr will ich ein Spannungsfeld um »die ganze Person« entfalten, in dem Genesungsbegleiter meiner Ansicht nach situiert werden und sich situieren.

Offenlegung von psychischen Krisen

Genesungsbegleiterinnen sollen ihr ›privates Leben‹ in die alltägliche Stationsarbeit einbringen. Wie ich bereits in Kapitel 5.3 (siehe S. 161ff.) beschrieben habe, werden sie dazu angehalten, konkrete Ereignisse, Orte, Personen usw. zu benennen – wohingegen andere Mitarbeiterinnen im *psy-complex* in der Tendenz anonymere Bezüge zu ihren Biografien herstellen und in andere, abstraktere und weniger personengebundene Konzepte generalisieren sollen und können.

Folgende Situation auf der Station 20 verdeutlicht, wie ein Einbringen von privaten Aspekten in einer Gesprächssituation zwischen einer Patientin und einer Genesungsbegleiterin verhandelt werden kann. Zum Zeitpunkt der Beobachtungs-

sequenz war ich mit Frau Laak, der Nutzerin, schon bekannt und hatte bereits mehrere Male als ›Schatten‹ an ihren wöchentlichen Einzelgesprächen teilgenommen (wodurch die etwas absurde Konstellation des ›Einzelgesprächs zu dritt‹ entstand). Es blieb trotzdem in manchen Hinsichten ein Einzelgespräch, da ich mich in keine dieser Situationen aktiv als Gesprächspartnerin eingebracht habe – im Gegensatz zu anderen Gesprächsmomenten. Auch die Sitzkonstellation verstärkte die Bindung zwischen Anna und der Patientin, da sie sich gegenüber auf Stühlen saßen, während ich – zunächst aus Mangel an Stühlen, dann aus Gewohnheit – etwas abseits meist auf einem Sitzsack lümmelte. Dennoch war sich Frau Laak sehr wohl meiner Anwesenheit bewusst und war in jeder Woche erneut damit einverstanden, dass ich an den Gesprächen teilnahm. Diese Gespräche fanden aus Platzmangel nicht in einem abgeschlossenen Raum statt, sondern in einer Ecke eines Wintergartens. Anna achtete jedoch darauf, dass niemand in Hörweite war. Sie nutzte in diesen Gesprächen den sogenannten Maastrichter Fragebogen[2] als Gesprächsleitfaden, der auf Personen ausgerichtet ist, die Stimmen hören. Unvermittelt unterbrach Frau Laak die Beschreibung ihrer aktuellen Stimmenlage und fragte:

> Frau Laak: »Und sie haben ja gesagt, Sie haben Familie? Wie war das bei Ihnen und Ihrem Mann? Also, es interessiert mich einfach, wie Männer oder Partner darauf reagieren, wenn man das sagt.«
> Anna: »Ja also bei mir: Bei mir kommt irgendwann, wenn man mich näher kennt – ich binde das nicht jedem auf die Nase – der Punkt, an dem ich es sagen muss. Weil, wenn man dann anfängt vom Beruf zu erzählen, dann sage ich, was ich mache, und dann kommt direkt die Frage: Wie bist du denn dazu gekommen? Und dann kann ich entweder eine Riesenlüge aufbauen oder ich erzähle es. Und seine Reaktion war in dem Moment eigentlich vor allem interessiert.« (FN II; 21.04.2015)

Anna berichtete von ihrem Umgang mit der Offenlegung[3] ihrer psychiatrischen Diagnose innerhalb einer Partnerschaft. Diese Frage nach der Thematisierung einer psychischen Krisenerfahrung ist zwar privat, in dem Sinne, dass sie sich auf Aspekte bezieht, die über die Klinik bis in eine Liebesbeziehung hinein reichen. Allein die Tatsache, dass Frau Laak in einer Gesprächssituation eine solche Frage

---

2 Der Maastrichter Fragebogen wurde von Marius Romme und Sandra Escher entwickelt und einleitend wird darin erklärt: »Dieser Fragebogen wurde entworfen für Menschen, die Stimmen hören. Er beabsichtigt, Ihnen zu helfen, eine größere Einsicht in Ihre Erfahrung des Stimmenhörens zu erlangen.« (Romme und Escher 2013, Anlage 1)

3 In Konzepten zu therapeutischer Arbeit gibt es spätestens seit den 70er Jahren ausführliche Diskussionen darüber, wie Patienten mit der Offenlegung ihrer Diagnose umgehen sollen, auf die ich hier nicht weiter eingehen werde (in der medizinisch-psychiatrischen Literatur findet sich vor allem der englische Terminus *disclosure*) (u.a. Jourar 1964, Knight 2009).

stellen konnte, deutet darauf hin, dass hier die tradierte Grenzziehung zwischen Behandler und Behandelten ausgesetzt wurde.

Die Sequenz verdeutlicht meiner Ansicht jedoch zugleich, dass die Offenlegung eines Umgangs mit einer psychiatrischen Diagnose im Kontext von Genesungsbegleitung nicht mit einer Diskussion persönlicher Befindlichkeiten zu verwechseln ist. Anna betonte ihr Recht darauf, Informationen und Geschichte der Diagnose für sich zu behalten. Dann spezifizierte sie ihre eigene Situation, in der die Krankheitserfahrung untrennbar mit dem Beruf Genesungsbegleitung verbunden ist und daher einen prominenten und expliziten Platz im Alltag einnimmt. Die Beschreibung des abwägenden Entscheidungsprozesses nahm mehr Raum ein, als die der eigentlichen Reaktion, die vergleichsweise kurz und unerwartet unauffällig ausfiel. Anna eröffnete mehrere Möglichkeiten für einen Umgang mit der Offenlegung der eigenen psychischen Krankheit oder Diagnose und verdeutlichte die Konsequenzen, die diesen Entscheidungen in ihrem Fall folgen würden. Der professionell-genesungsbegleiterische Umgang mit solchen Fragen besteht, so denke ich, gerade auch darin, sie so zu beantworten, dass die privaten Informationen trotzdem selektiv eingebracht werden. In einem anderen Gespräch erklärte mir Anna:

> Aber ich würde sagen, der Anteil dessen, was ich von mir an privaten Erfahrungen preisgebe, ist im Rahmen der Gesprächsführung, die ich mache, relativ gering. (EI 13; 07.08.2017)

Auch wenn also vertrauliche Informationen geteilt werden, handelte es sich nur selten um eine Offenlegung des persönlichen Krisenerlebens der Genesungsbegleiter. Vielmehr zeichnet sich, meiner Ansicht nach, ein taktischer Einsatz ab, bestimmte Aspekte zu betonen und andere nicht. Es entsteht ein Spannungsfeld von Gesichtspunkten, die von Genesungsbegleiterinnen transparent gemacht werden, und anderen, die nicht einfließen (und auch nicht einfließen sollen, wie das nachfolgende Beispiel noch stärker verdeutlichen wird). Der selektive Umgang mit Informationen als notwendiger Teil der reflektierenden Praxis wird umgekehrt auch deutlich, wenn die Zusammenarbeit als nicht funktionierend bewertet wurde, beispielsweise wenn die Genesungsbegleiter »immer wieder auf das gleiche Thema und sich selbst zurück gekommen sind« (FG 1, 16.01.2015). Diese Spannungssituation, in der Genesungsbegleiterinnen agieren müssen – ohne narzisstisch auf sich Bezug zu nehmen und dabei dennoch den Rückbezug auf die individuelle Biografie zu explizieren – zeigte sich in dem folgenden Ausschnitt aus einem *Ad-hoc*-Interview besonders deutlich[4]:

4 Eine solche selektive Mobilisierung von Erfahrung erinnert an Bourdieus Ausführungen zu methodologischer Reflexivität in Bezug auf anthropologisches Arbeiten. Er betonte, dass die Reflexivität des Ethnologen nicht zur narzisstischen Selbstbeschau werden dürfe, sondern immer der Gegenstand im Blick bleiben müsse (Bourdieu und Wacquant 1992).

> Ich bin hier über die Erfahrung als Angehörige, das ist quasi meine Qualifikation hier […] und dann bin ich in der komischen Situation, dass ich gleichzeitig genau das repräsentieren soll, aber doch meine akute Not damit doch mal zurückhalte. […] Ich bin ja nicht hier, um mich zu erleichtern. (FN I; 14.02.2013)

Diese Genesungsbegleiterin, eine Angehörige eines Psychiatrieerfahrenen jungen Mannes, befand sich zum Zeitpunkt dieses Gesprächs in der Situation, einerseits nach der Arbeit zu Hause mit einer Personen zusammen zu wohnen, die nicht schläft, für sie unverständliche Dinge spricht und seine Medikamente nicht nimmt. Sie berichtete mir von den schwierigen Entscheidungen und verzweifelten Versuchen ihn dazu zu überreden Medikamente zu nehmen. Zugleich, im Klinikalltag, als Genesungsbegleiterin, berichtete sie nicht von diesen aktuellen Situationen. Sie scheute sich aus der Befürchtung heraus, dann vor allem ihre »akute Not« (ebd.) weiterzugeben und nicht im Sinne der Nutzer zu handeln. Es ist also im Alltag von Genesungsbegleitern schwierig und anstrengend *Erfahrungen* im richtigen Ausmaß weiterzugeben. Die Informationen, die weitergegeben werden, sind in der Regel von der Existenzialität des Erlebens bereinigt. Sie sind darauf ausgerichtet, die Stabilisierung der Patientinnen zu unterstützen und ihre Ressourcen zu stärken.

Anna beschrieb die explizite Verknüpfung der eigenen Biografie an die Profession immer wieder als mühsamen Prozess, der die eigene Verletzlichkeit, wie sie es nannte, – und damit auch Stigma, Scheitern der Genesungsbegleiterin – in den Fokus rücke:

> Aber es ist auch so mühsam. Es ist auch mühsam immer die eigene Verletzlichkeit so nach vorne in die Linse zu hängen. Es ist auch schön, sich mal so abzuschotten und zu sagen: Du bist derjenige mit dem Problem und ich stell dir Fragen und ich gucke, was dir vielleicht helfen könnte und ich halte mich zurück. Und vielleicht gebe ich mal ein klitzekleines bisschen was preis, vielleicht lasse ich es aber auch. (EI 13; 07.08.2017)

Es besteht also zwar die Erwartung an Genesungsbegleiter Transparenz in Bezug auf psychiatrische Diagnosen, das Erleben von psychischen Krisenerfahrungen und den alltäglichen Umgang mit ihnen zu zeigen, doch handelt es sich dabei um eine praktizierte bedingte Offenheit, bei der einerseits das Ziel – ein therapeutischen Prozess – nicht aus dem Blick geraten sollte. Und bei der Genesungsbegleiter andererseits selbst *nicht* ins Zentrum der therapeutischen Aufmerksamkeit rücken sollten.

Dies unterscheidet sich nicht grundsätzlich von anderen Professionen in der psychiatrischen Versorgung – man stelle sich eine Psychiaterin vor, die im therapeutischen Gespräch nur von sich erzählt. Es handelt sich wohl eher um eine thematische und inhaltliche Betonung: Genesungsbegleiterinnen wirken (im Kontrast zu andere Mitarbeiter_innen) hier im Besonderen als Expertinnen für alltägliche

Lebenswelten, die sich in- und außerhalb der Institution Psychiatrie abspielen – als Expertinnen im Menschlichen und Generalist_innen, um in den Worten von Asad und Chraim diese unspezifische Unterstützung bei der Symptom- und Alltagsbewältigung zu fassen (Asad und Chraim 2016). Sie machen die Grenzen der klassischerweise impermeablen Institution Psychiatrie (Goffman 1961) dabei sichtbar und verschieben sie möglicherweise auch.

Auch folgender Bericht über eine Situation auf der Station 20 beinhaltet mehrere Variationen des bedingten Offenlegens der ›ganzen Person‹ durch Genesungsbegleitung bei denen jedoch deutlichere Bezüge zum spezifischen Klinikkontext auftraten.

Herr Arram wurde von einer Psychologin an Anna weiter verwiesen, nachdem jene den Eindruck hatte, dessen *compliance*[5], also seine Mitarbeit an den therapeutischen Zielen, lasse zu wünschen übrig – ob die Entscheidung für ein Gespräch gemeinsam oder einseitig festgelegt wurden, vermag ich nicht zu beurteilen. Die Psychologin, die Herrn Arram zu Anna geschickt hatte, nutzte jedoch gezielt die Zwischenposition der Genesungsbegleiterin – als Mitarbeiterin und Patientin –, um die Bedenken des Patienten gegenüber anderen Mitarbeiterinnen auszuhebeln:

> Wir sitzen zu dritt in einem kleinen Raum, in dem eine Sitzgruppe, ein Tisch mit Plastiktischdecke und ein paar Spinde stehen. Es ist stickig. Die Fenster können nur mit einem Schlüssel geöffnet werden, den Anna nicht hat.
> Sie stellt sich vor: »Also meinen Namen kennen sie ja schon. Ich höre selbst seit 25 Jahren Stimmen. Ich höre bis zu acht Stimmen. Und ich höre sie auch immer noch. Ich war viele Jahre in der Psychiatrie, Medikamente haben nicht geholfen. Und irgendwann hat mir dann jemand geholfen. Und zwar auch relativ schnell geholfen, der mit der Psychiatrie gar nichts zu tun hatte.«
> Herr Arram sitzt ihr gegenüber am Tisch; die Ellenbogen auf einen Tisch aufgestützt und fragt mit heiserer Stimme: »Und glauben Sie, dass, dass das was Sie durchlebt haben, Ihre Erfahrungen, dass das Anderen hilft?«
> Anna: »Ich weiß es nicht. Ich kann es Ihnen nicht versprechen. Das was ich Ihnen anbieten kann und was wir hier machen, ist dass wir die Stimmen anschauen. Und das wir sie uns gemeinsam ohne Skrupel anschauen. Vielleicht finden wir ja etwas, womit die Stimmen in Zusammenhang stehen.«
> Herr Arram: »Ja, und die Ärzte und Psychologen hier, die sagen mir immer wieder das Gleiche. Und die können mir nicht helfen. Die sagen, das ist psychologisch.

5 Im Deutschen wird dieser Begriff häufig als »Therapietreue« übersetzt. Es gibt zahlreiche Diskussionen – auf die ich hier nicht weiter eingehe – darüber, ob, oder wie dieser Begriff in einer paternalistischen Arzt-Patienten Beziehung verankert ist (u.a. Epstein, R. 2007). Alternativ wird vermehrt der Begriff *adherence* für eine Betonung des Dialogs in dieser Beziehung vorgeschlagen, um die gemeinsame Entscheidungsfindung ins Zentrum zu rücken. (u.a. Schulz 2016)

> Aber wenn ich wüsste, dass es psychologisch wäre, dann wäre ja alles gut. Aber ich weiß, dass es nicht so ist.«
> Anna: »Das würde ja bedeuten, dass Ihnen da draußen (sie deutet auf den Flur) von den ganzen Leuten, die hier rumrennen niemand helfen kann.«
> Herr A: »Ja, das denke ich. Und ich habe mir geschworen, auf die ein oder andere Art und Weise, dass ich es zu Ende bringe. Und wenn ich eine Frau hätte, dann würde ich das auf jeden Fall noch viel schneller machen. Schaffen sie das als Mutter die Stimmen hört?«
> Anna: »Ja, ich schaffe das sehr gut.«

In der Fortführung des Gesprächs ging Anna weder auf die Frage nach dem Muttersein noch auf die Abgrenzung von Herr Arram von allen anderen Mitarbeitern ausführlicher ein. Sie formulierte jedoch mögliche Konsequenzen dieser Abgrenzung mit der Feststellung, dass ihm dann ja hier niemand helfen könne. Anna berichtete zwar von ihrer eigenen psychiatrischen Diagnose zu Beginn des Gespräch (jedoch nicht in den Termini von offiziellen Diagnoseklassifikationen, worauf ich in Kapitel 6.2. noch genauer eingehen werde). Dennoch war die Zusammenfassung ihrer eigenen Psychiatriebiografie sehr kursorisch und diente wohl vor allem als *ice breaker*, um dann auf Herr Arram einzuschwenken. Auf die von Herrn Arram explizit eingebrachte Frage nach der Nützlichkeit von Annas Erfahrungsexpertise hin verwies sie auf ein gemeinsames Agieren und Anschauen. Anna verschob den Fokus des Gesprächs wiederholt zurück auf Herr Arram, beziehungsweise auf einen gemeinsamen Zwischenraum.

Ich denke, dass sich in diesem Beispiel *Praktiken des Reflektierens* vor allem dadurch auszeichnen, dass die sozialen Bedingungen des Krisenerlebens der Genesungsbegleiter und der Nutzer im spezifischen (teil-)stationären Setting in den Blick geraten: Die Rolle der Genesungsbegleiter zwischen Nutzer und Mitarbeiter; die angedeutet Belastung einer psychischen Krise für nahe Angehörige – wie einen Sohn oder eine Frau –; Herr Arrams Eindruck, dass ihm niemand helfen könne von den anderen Mitarbeiterinnen; Annas Erzählung, dass ihr schlussendlich jemand ganz anderes geholfen habe außerhalb der Psychiatrie. Der Gegenstand der Reflektion ist in dieser Vignette nicht nur – beziehungsweise nachrangig – das individuell-subjektive Krisenerleben und die Extrapolation bestimmter Handlungsmöglichkeiten und -vorschläge aufseiten der Genesungsbegleiterinnen. Vielmehr steht ein gemeinsames Reflektieren einer Situation im Zentrum, in der das psychische Krisenerlebnis vor allem als Index relevant wird und nicht – wie bei *kanalisierendem Reflektieren* – die Transformation eines Erlebens zu einer Erfahrung im Deweyschen Sinne, die dann in den klinischen Alltag eingebracht werden soll.

An die Stelle eines (ko-produzierten) Rückbezugs auf eine subjektiv-individuelle, dem Stationsalltag vorgängige Erfahrung, tritt der Rückbezug auf eine situierte, relationale Krisenerfahrung im Klinikalltag. In Praktiken des *erweiternden Kanali-*

sierens, um es pointiert zu sagen, wird vor allem gemeinsam eine (teil-)stationäre Situation reflektiert. Hier wird Erfahrungsexpertise gerade nicht als etwas verhandelt, dass der Situation, in der sie mobilisiert wird, vorgängig ist, sondern erst durch die Kliniksituation entsteht.

Mit »Leib und Körper«[6] professionell tätig sein

Als ›ganze Person‹ in einer psychiatrischen Klinik sichtbar zu werden, beziehe ich auch auf empirische Beispiele, in denen im engeren Sinne körperliche[7] Aspekte in den Vordergrund getreten sind. So berichtete mir eine Genesungsbegleiterin, die Angehörige eines Psychiatrieerfahrenen ist, Folgendes:

> Wenn eine Klientin vor mir sitzt und sagt: ›Dann passiert das und das und dann ist die so und so.‹ (Sie hält ihren Arm hoch und zeigt eine Gänsehaut) Ich weiß einfach, ja, ich spüre was sie spürt. (GI I; 16.01.2015)

Hier wurde also die Vorstellung eingebracht, dass es sich bei Genesungsbegleitung durchaus um ein körperliches Reflektieren im Sinne eines Nachfühlens handle – im Kontrast zu dem im Kapitel 5 beschriebenen *kanalisierenden Reflektieren,* das kognitiv-mentale Aspekte des Reflektierens betont. Doch wie wird im (teil-)stationären psychiatrischen Alltag eine solche Form des körperlichen Reflektierens *enacted*?

Ein Beispiel für ein ›Sich in körperliche Relation Setzen‹ zu dem stationären Setting, ist in der folgenden Vignette aus meinem Forschungstagebuch zu finden:

> Der Flur ist heute Morgen weitgehend leer. Nur eine Nutzerin hockt, angelehnt an die Wand, auf dem Flur. Ärzte und Pfleger sprechen mit ihr – stehend. Sie bleibt weiterhin auf dem Boden hocken. Manchmal bewegt sie sich auch auf andere Mitarbeiter zu, bleibt aber weiterhin in der Hocke dabei. Sie steht also nicht auf und entfernt sich nicht vom Boden. Anna geht hin, sagt »Hallo« und hockt sich zu ihr. (FN II; 10.05.2016)

Es mag Zufall sein, dass in dieser Situation allein die Genesungsbegleiterin die Körperhaltung der Nutzerin imitierte und keine der anderen Mitarbeiterinnen. Allerdings möchte ich mit diesem Beispiel einleiten, dass Genesungsbegleiterinnen im (teil-)stationären Geschehen besonders als »wissende Körper« (Hirschauer

---

6 In meinen Beispielen spielen sowohl ›Leib sein‹ als auch ›Körper haben‹, um die Trennung von Maurice Merleau-Ponty zu bemühen, eine Rolle (Merleau-Ponty 2012).

7 Es geht sicherlich auch im engeren Sinne um einzelne sinnliche Aspekte (häufig in der Trennung von Sehen, Hören, Schmecken, Fühlen und Riechen), wie es sowohl in der Anthropologie der Sinne (Classen u .a. 1997) als auch in einer »sensory anthropology« (u.a. Pink 2010) diskutiert wird (für eine kritische Auseinandersetzung mit dieser Linie siehe auch Ingold 2011). Sie stehen jedoch nicht im Fokus dieser Auseinandersetzung und bilden unweigerlich ein loses Ende.

2008b) verhandelt werden. Genesungsbegleiter stehen gewissermaßen für den verkörperten subjektiven Leib im (teil-)stationären Setting, in dem Manifestationen von (Krisen-)Erfahrungen, die keiner expliziten Transformation unterliegen, personifiziert sind.

Mit »wissenden Körpern« spiele ich hier nicht auf ein praxistheoretisches Verständnis an, in dem zwar auch die Wissensträgerschaft des Körpers betont wird, jedoch Wissen in Praktiken – und nicht allein im Körper oder im Geist – lokalisiert werden (u.a. Sørensen 2011). Ich verstehe diesen Ausdruck hier mehr im Sinne einer Phänomenologie des Leibes (Merleau-Ponty 2012), die »den Körper« als Apriori, als einzigen Ausgangspunkt für die die Erfahrung von Welt und Erkenntnis nimmt.

Ein weiteres empirisches Beispiel dafür, wie eine Genesungsbegleiterin als solch ein »wissender Körper« hervortrat, entstammt einer Gesprächssituation mit einer jungen Frau auf der Station 20, die Stimmen hörte. Anna bat Frau Weiß darum, die Stimmen, die sie hört, auch für andere Personen im Raum hörbar zu machen. Sie sollte nachsprechen, was diese sagen und deren Tonfall nachahmen:

> Was sagen die denn? Hören die sich eher so an? (Anna spricht sehr laut und eindringlich): »Du dumme Kuh!!!!«
> Oder hören die sich eher leise an? Haben die Stimmen einen Namen? Versuchen Sie mal. Ich will hören, was Sie hören. (FN II; 07.05.2017)

Es wurde eine Weile hin- und her gespielt und gesprochen bis beide Gesprächsparteien einig waren, dass das Nachahmen der Stimmen gelungen sei. Es geht mir an dieser Stelle nicht um das Phänomen Stimmenhören oder verschiedene Verständnisse von diesem (u.a. von Peter und Mewes 2013), sondern vor allem darum, wie leibliche Situiertheit als Teil von Erfahrungsexpertise auftaucht. Zum einen scheint mir das Besondere an dieser Vignette zu sein, dass Anna die Stimmen, die Frau Weiß hörte, mit ihr zusammen in einen gemeinsamen Raum übersetzte, in dem diese expliziert und inszeniert, aber auch körperlich vernehmbar wurden. Lautstärke, Tonfall, Tonlage und andere Merkmale der Stimmen wurden auch für mich hörbar. Bezeichnend an diesem Intermezzo – und für die Diskussion rund um den »wissenden Körper« im oben angedachten Sinne – war jedoch vor allem, dass ich als Teilnehmerin an der Situation immer wieder in Verwirrung darüber geriet, ob wir über eine Stimme sprachen oder über eine – aus meiner Perspektive – reale Person mit Stimme. Ich konnte in dieser Situation zwar durchaus – auf diskursives Wissen über Stimmenhören als »Wissen vom Körper« (Hirschauer 2008b) – zurückgreifen. Allerdings entging mir zugleich ein Teil des »Wissens im Körper« – als Wissen davon, wie es ist Stimmen zu hören.

In einem anderen empirischen Ausschnitt aus einem Gespräch in der Krankenhauskantine wurden dem »Wissen im Körper« der Genesungsbegleiter gerade vonseiten der anderen Mitarbeiter umfassende Legitimität zugesprochen:

> In der Krankenhauskantine sitzen einige Mitarbeiter von der Station beim Mittagessen. Einer der beiden Ärzte, Herr Sauer, fragt die Genesungsbegleiterin neben mir nach ihrem Erleben von Medikation: »Was ist denn der Unterschied zwischen Haldol und Diazepam? Wie waren denn die Nebenwirkungen?«
> Anna antwortet: »Also ich kann mich noch erinnern, dass ich Haldol bekommen habe und gekrampft habe. (Sie fasst sich an die Schultern.) Der Arzt hat mir die Schultern massiert und mir währenddessen davon erzählt, dass ich keine Krämpfe haben könnte, da diese und diese amerikanische Studie besage, dass Krämpfe keine Nebenwirkung von Haldol sein könnten. Ich war damals die Erste auf Station, die auf Haldol eingestellt wurde. Tja, und heute ist es eine anerkannte Nebenwirkung. Also Valium war schon besser.« (FN I; 29.04.2015)

Diazepam ist vor allem unter dem Handelsnamen Valium bekannt. Sowohl Valium als auch Haldol werden zur Lösung von Angstzuständen verschrieben. Das oben dokumentierte Gespräch entwickelte sich weiter, indem der fragende Arzt darauf verwies, dass er es schwierig finde Medikamente zu verschreiben, ohne zu »wissen wie es sich anfühlt« und er daher mit dem Gedanken spiele sie selbst zu testen:

> Anna fragt ihn zurück: »Und würdest du das wirklich ausprobieren oder ist das jetzt nur so daher gesagt?«
> Herr Sauer nickt: »Ich würde das schon machen. Und die Hemmschwelle finde ich auch niedriger als bei Drogen. Bei Medikamenten weiß ich, was drin ist, und unter Aufsicht würde ich das schon mal machen.« (FN I; 29.04.2015)

Die Genesungsbegleiterin kontrastierte in diesem kurzen Dialog ihr eigenes Körpererleben mit Expertise aus medizinischen Studien. In der Erzählung der Genesungsbegleiterin wird deutlich, wie unpassend dieses Studien für den Einzelnen, in seiner »fleshy situatedness« (Mol und Law 2004, 43) werden können. Es wirkt skurril, dass Anna die Evidenz der Muskelkrämpfe in diesem Moment abgesprochen wurde. Erst retrospektiv wurde ihrer Perspektive das Potential zugesprochen, die beschränkte Expertise von »Profis« erweitern zu können und als Korrektiv zu wirken. Zugleich bleibt es lediglich ein freiwilliges Korrektiv ohne notwendige Handlungskonsequenz (Schmid 2016).

Ohne dass ich in dieser Arbeit genauer darauf eingehen kann, wie die verschiedensten kulturanthropologischen Ansätze »Körper« als Träger von Wissenspraktiken konzipieren (u.a. durch Marcel Mauss´ Körpertechniken, Michael Polanys *tacit knowing*, Harold Garfinkels *skills*, Tim Ingolds relationale Ansätzen usw.), reifiziere ich mit diesen empirischen Beispielen aus Kapitel 6.1.2 eine (umstrittene) Zweiteilung in »Wissen vom Körper« und »Wissen im Körper«, ebenso wie in implizites und explizites Wissen. Genesungsbegleiterinnen wurden in den dargestellten Si-

tuationen vor allem als Repräsentantinnen von implizitem Wissen im Körper gehandelt.[8]

Das Kantinengespräch verdeutlicht meiner Ansicht jedoch auch, wie im Zusammenspiel zwischen Ärzten und Genesungsbegleitern ein Raum für gemeinsames Reflektieren entstehen kann, in dem die jeweiligen Bedingungen von *Wissen* in den Blick geraten: Der Arzt der üblicherweise selbst noch keine Psychopharmaka genommen hat, die Nutzerin, die diese bereits genommen hat. Eine Diskussion von gefühlten Muskelkrämpfen in Kontrast zu klinischen Studien über Muskelkrämpfe. Hier entstand meiner Ansicht nach auch eine Situation, um erneut Stefan Beck zu bemühen, in der dem interaktiven und ökologische Charakter von Erfahrungen Rechnung getragen werden konnte: »*interactive, ecological nature* of experiences that are the outcome of a mutual, self-amplifying adaptions of actors and their natural, social and cultural environments« (Beck 2015a, 12)

Ich will damit nicht verschleiern, dass ein sehr großer Unterschied darin besteht, freiwillig ein Medikament auszuprobieren, davon abhängig zu sein oder es (aus unterschiedlichen Gründen) nehmen zu müssen. Sue Estroff hat für ihre Ethnografie *Making it Crazy* (Estroff 1981) mehr als sechs Wochen lang Psychopharmaka eingenommen, um ein Gefühl für ihre Informantinnen zu bekommen – und wurde für ihren Selbstversuch von *Survivor*-Forscherinnen kritisiert (Russo und Beresford 2015). Die Schmerzen, notorisch hängen Mundwinkel, das Gefühl nicht mehr zu wissen, ob »man ohne Medikamente eine andere Person sei« (GI II; 26.05.2016) usw., unterscheide sich demnach maßgeblich, wenn man entscheiden könne, ob und wie lang diese zu nehmen seien.

Genesungsbegleiter sollen, so die empirischen Beispiele aus Kapitel 6.1, reflektieren – aber im Unterschied zu *kanalisierendem Reflektieren* steht nicht die Transformation der (Krisen-)Erfahrungen in *eine* Erfahrung und eine Form des *situierten Generalisierens* im Zentrum. Vielmehr rückt ein gemeinsames Reflektieren einer Situation in den Vordergrund, in der das psychische Krisenerlebnis vor allem als Index relevant wird. An die Stelle eines ko-produzierten Rückbezugs auf eine subjektiv-individuelle, dem Stationsalltag vorgängige Erfahrung, tritt der Rückbezug auf eine situierte, relationale Krisenerfahrung im Klinikalltag. Dabei wurde in den genannten Beispielen ein Kontrast zwischen einem Wissen vom Körper und einem Wissen im Körper, zwischen sinnlichen Erfahrungen und abstraktem und explizierbarem Wissen reproduziert, sodass Erfahrungsexpertise in Opposition zu formal anerkannter Expertise gerrückt wurde. Die Argumentation erinnert hier an ein Vermögen des Erfahrungsbegriffs, Differenzen zu betonen, wie ich es bereits

---

8 Dass diese Aufteilung so klar nicht ist, schien auch der Urvater von impliziten Wissen Michael Polanyi so zu deuten, der als Gegenteil von impliziten nicht explizites sondern eher explizierbares Wissen diskutierte (Ingold 2018).

in Kapitel 3.2 (u.a. S. 116) diskutiert habe. Auf diese Weise wird Erfahrung als Expertise in einer Variante eingebracht, die ›das Andere‹ in die Psychiatrie hineinholt und die Nebeneffekte von Psychiatrie thematisiert, eingebracht.

6.2 Raum für Sprache und Kritik? »Nicht klassifizierendes Zuhören«

»Ein sensibler Umgang mit Sprache« (FG 1, 16.01.2015) ist ein weiterer Themenbereich bei dem Genesungsbegleitung durch *erweiterndes Reflektieren* in meiner Feldforschung alltäglich wirksam wurde. Eine Psychologin merkte hierzu an:

> Das ist die Sprache: Und das ist, glaube ich etwas, was wir nicht immer merken. Einmal, weil diese Sprache durch Studium oder so sehr geläufig geworden ist. Trotzdem kann es manchmal kränkend sein oder einschränkend sein etc., ohne dass einem das vielleicht bewusst ist. Und da fand ich die Peerberater immer sehr hilfreich, dass zu reflektieren. Weil da passiert, glaube ich, auch Stigmatisierung. (FG 1; 16.01.2015)

Auch in vielen anderen empirischen Ausschnitten wurde ein sensibler Umgang mit Sprache – vor allem mit psychiatrischen Diagnosen –, der durch Genesungsbegleitung befördert werde, betont (u.a. FN II, aber auch FN I). Dies bezog sich sowohl auf Interaktionen zwischen Genesungsbegleiterinnen und Nutzerinnen als auch auf diejenigen zwischen Genesungsbegleiterinnen und Mitarbeiterinnen.

Im Zuge von Mitarbeitertreffen wie beispielsweise dem jour fixe in der TK 5 wurde darauf zum Beispiel mit dem Begriff »Klientenohr« (FN I; 02.02.2013) verwiesen. Darunter wurde die Aufgabe verstanden, dass eine Person (nicht unbedingt nur die Genesungsbegleiter selbst) innerhalb von Treffen allein unter Mitarbeitern sich darauf konzentriert, wie über die Patienten, Klienten und Nutzer gesprochen wird und ob dies stigmatisierende, diskriminierende oder abfällige Züge annimmt.

Umgekehrt wurde als Erwartung vonseiten anderer Mitarbeiterinnen gegenüber den Genesungsbegleiterinnen formuliert, dass sie sich, keiner stigmatisierenden Sprechweisen bedienen sollten, ja gar bereits beim Zuhören auf Diagnose Klassifikationen verzichteten, wie es ein Psychologe im nachfolgenden Beispiel beschrieb. Seiner Ansicht nach sollten sie – im Gegensatz zu anderen Berufsgruppen – im Kontakt mit Patientinnen sogar keine Diagnose-Klassifikationen mitdenken:

> »[Ich wünsche mir, dass ein Genesungsbegleiter, Anm. C.S.] nicht klassifizierend zuhört und tatsächlich von einer Erfahrung berichtet […]. Die Metaperspektive läuft ja immer mit […] Und alleine die Möglichkeit, dass es da jemanden gibt, der diese Erlebenswelt erzählt, wie es sich anfühlt. Das ist die spezifische Bereicherung.« (FG 1; 16.01.2015)

Er berichtete davon, dass seine »Metaperspektive« (ebd.), wie er sie nannte, im Gespräch mit Patienten dagegen parallel fortbesteht, auch fortbestehen muss, damit Entscheidungen bezüglich Aufenthaltsdauer, Betreuung, Behandlung etc. getroffen werden können, die sich vor allem nach den vergebenen Diagnosen richten. Diese psychiatrisch-psychologische Metaebene und die einhergehenden Diagnoseklassifikationen erschienen ihm jedoch häufig als Einschränkung – als Perspektive, die blinde Flecken vor allem in Bezug auf die »Erlebniswelt« (ebd.) produziere und daher auch der Ergänzung bedürfe.

In der Soziologie ist das hier angerissene Thema einer durch professionelle Ausbildung hervorgebrachten spezifischen (einschränkenden) Perspektive bereits lange Thema und häufig untersucht – zum Beispiel unter den Termini *trained incapacity* (Veblen), *deformation professionelle* (Warnotte) oder *occupational psychosis* (Dewey). Robert Merton fasste zusammen, dass all diese Konzepte im Kern darauf verweisen, dass Verhaltensweisen und Handlungen, die auf Training und Ausbildung basieren, dazu führen, bestimmte dort nicht behandelte Aspekte auszuklammern. Dies könne wiederum zu unpassendem Verhalten unter neuen Bedingungen führen (Merton 1968, 197). Abgesehen von den Differenzen zwischen den Konzepten würde dabei als grundlegende Ambivalenz deutlich werden, dass *etwas* zu sehen immer dazu führt, *etwas anderes* nicht zu sehen (ebd.).

Exkurs: Diagnoseklassifikationen in der psychiatrischen Versorgung

Dass gerade auch Systeme und Klassifikationen medizinischer Diagnosen auf der grundlegenden Ambivalenz zwischen In-den-Fokus- und Aus-dem-Fokus-Rücken aufbauen und welche Effekte das mit sich bringt, arbeiteten die amerikanische Soziologin Susan Leigh Star und der Informatiker und Wissenschaftsphilosoph Geoffrey Bowker in ihrer breit rezipierten Monografie *Sorting things out* (Bowker und Star 2000) bereits vor mehr als 15 Jahren aus. Anhand einer großen Bandbreite empirischer Beispiele von Apartheid in Südafrika bis hin zu Arbeitspraktiken von Krankenschwestern führten sie aus, wie bestimmte Perspektiven durch Klassifikationspraktiken festgeschrieben und sichtbar – und damit auch kontrollierbar – gemacht werden. Umgekehrt verschleiern Klassifikationssysteme und -praktiken gleichsam in der Betonung einer bestimmten Perspektive andere Standpunkte.

Eines ihrer empirischen Beispiele ist der ICD (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*), das von der WHO (*World Health Organisation*) erstellte Handbuch zur Klassifizierung von Krankheiten, das sich aktuell in der 10. Auflage befindet. In dieser Auflistung somatischer wie psychiatrischer Diagnosen ist dann beispielsweise eine »Zwangsstörung« unter dem Code F42 beschrieben; entsprechend Bowkers und Stars Analyse ist damit eine Perspektive auf die Krankheit festgeschrieben.

Der ICD-10 (Stand 2019) ist zurzeit das weltweit wichtigste Manual für Krankheiten und wird in fast allen Ländern außerhalb der USA in dem von den Krankenkassen anerkannten vertragspsychotherapeutischen und vertragsärztlichen Bereich angewendet (Bowker und Star 1999; Schöpf et al. 2003).[9] Das heißt, Psychologen und Psychiater, die mit Genesungsbegleitern in (teil-)stationären Kontexten zusammenarbeiten, sind – unabhängig von ihrer persönlichen Bewertung dieser Klassifikationen – verpflichtet, Diagnosen nach dem ICD-10 (in Deutschland nach der nationalstaatlich abgewandelten Variante ICD-10-GM) zu vergeben.[10]

Bowker und Star verwiesen darauf, dass Klassifizieren eine ubiquitäre menschliche Aktivität ist, deren schwerwiegende und weitreichende Konsequenzen zu wenig Aufmerksamkeit finden – und dieser Befund bleibt aktuell. Deutlich wird dies im Kontext von psychiatrischen Diagnosen und Klassifikation zum Beispiel jüngst an der heftigen Kritik, die an der neuesten Revision des parallel existierenden amerikanischen und ausschließlich für psychiatrische Klassifikationen genutzten Diagnosemanuals, dem DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) (Goldberg 2015). Die Neuauflage des DSM-5 wurde und wird von Diskussionen um deren Klassifikationen und Kriterien umrankt. So wird beispielsweise der dauerhafte Anstieg der Anzahl generell möglicher Diagnosen kritisiert: Das DSM-5 befördere eine diagnostische Inflation, wie es Allen Frances[11] nennt (Frances 2013a; Frances 2013b).

In den Worten von Wissenschaftsphilosoph Ian Hacking, der in einer Serie von Aufsätzen den Zusammenhang zwischen Klassifikationen und Klassifizierten untersuchte (u.a. Hacking 2007), wird hier nicht nur über abstrakte Klassifikationen diskutiert, sondern darüber, wie diese Klassifikationen in einem *looping effect* Realität produzieren. Klassifikationen beschreiben Realität nicht nur, sondern generie-

---

9 »Die ICD-10-GM ist eine an die Erfordernisse des deutschen Gesundheitswesens angepasste Fassung der ICD-10-WHO. Die Aktualisierung erfolgt zurzeit jährlich auf der Basis eines unter Federführung des DIMDI durchgeführten nationalen Vorschlagsverfahrens und unter Berücksichtigung der Updates der ICD-10 der WHO. Das Alphabetische Verzeichnis zur ICD-10-GM ist aus dem ICD-Diagnosenthesaurus des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI) hervorgegangen. Es wird jeweils entsprechend den Änderungen der Systematik angepasst.« (DIMDI – ICD-10-GM – Historie und Ausblick n.d.)

10 Wie Goldberg ausführt, verzweigt sich die scheinbar so eindeutige ICD-10 jedoch neben den verschiedenen nationalstaatlichen Varianten noch weiter und existiert in drei verschiedenen Versionen: zu Forschungszwecken, zu klinischen Zwecken und für generelle medizinische Settings (Goldberg 2015, 2).

11 Der amerikanische Psychotherapeut war selbst Teil der Arbeitsgemeinschaft, die die Vorgängerversion, das DSM-4, erarbeitet hat und urteilte, mittlerweile sei ein historischer Zeitpunkt erreicht, an dem zu viele Menschen mit DSM-5 und ICD-10 als psychiatrisch behandlungsbedürftig diagnostiziert werden würden, was unter anderem einen maßlosen Einsatz von Psychopharmaka in den USA zur Folge habe (ebd.).

ren sie mit. Indem Menschen sich selbst und andere mithilfe von Konzepten und Labeln anerkennen, werden diese erst als solche *kinds of persons* hervorgebracht.

Die Forderung an Genesungsbegleiterinnen, dass Klassifikationen – also eben auch Diagnose-Klassifikationen – vor allem im Verhältnis zur Patientin reflektiert werden sollten, ist auch ein Aufruf dazu, sich von der in der Nomenklatur der ICD-10 festgeschriebenen Perspektive auf psychische Krisen zu lösen beziehungsweise sie gar nicht erst anzuwenden. Das verweist in der Folge ebenso auf die Loslösung von den Effekten von Diagnose-Klassifikationsarbeit – allen voran das durch eine psychiatrische Diagnose ausgelöste Stigma im alltäglichen Leben (u.a. Beresford 2003; Pescosolido 2013; Bock et al. 2015) – wie auf eine Loslösung von Überwachung und Kontrolle einer bestimmten Perspektive.

Wie eine Genesungsbegleiterin im Gespräch mit Nutzerinnen eine Alternative zu biomedizinischen Diagnoseklassifikationen anbot, kann u.a. im folgenden Ausschnitt aus den Notizen zu meinen Teilnehmenden Beobachtungen in der TK5 illustriert werden. In der großen Wohnküche der TK5 saßen viele Patientinnen, eine Genesungsbegleiterin und ich am Tisch und tranken Tee. Parallel fanden verschiedene Gespräche statt. Eine Patientin strickte. Manche schwiegen. Anna ging auf einen Patienten zu und stellte sich vor:

> Anna: »Wir haben uns auch noch nicht kennen gelernt?«
> Der Patient stellt sich vor und sie beschreibt ihren Beruf als Genesungsbegleiterin. Daraufhin antwortet er: »Auch depressiv oder was?«
> Anna antwortet: »Na ja. Also ich habe die Diagnose bipolare Störung bekommen, würde mich aber selbst als emotionale Achterbahnfahrerin oder so etwas bezeichnen.«
> Herr Zeier: schaut schon wieder auf sein iPad, aber Frau Tamm steigt in das Gespräch ein. Sie habe letztens beim Arzt einfach die Diagnose Schizophrenie bekommen, aber da habe sie dann gesagt: »Das können sie mal gleich wegstreichen. Ich habe ja so eine lange Liste an Diagnosen. Manisch-depressiv, bipolar usw. »
> Anna: »War Borderline auch dabei?«
> Frau Tamm: »Ja, Borderline war auch dabei. Und das nur, weil auf dem Fragebogen stand: Hören sie manchmal Stimmen, auch wenn Menschen nicht anwesend sind? Und ich habe ja angekreuzt, ja, ich höre manchmal Stimmen am Telefon oder aus dem Fernseher.«
> Anna lächelt: »Ja, ganz oft denkt man gar nicht, dass das auch so verstanden werden kann.«
> Frau Tamm: »Ja, aber dann habe ich gesagt, streichen Sie das mal schön durch.«
> Anna: »Ja, das kann ich mir auch gut vorstellen, dass Sie sich dann wehren. Und man bekommt ja dann das ganze Programm, wenn da steht: schizophren.« (FN I; 10.01.2015)

Einerseits wurde hier auf mögliche Missverständnisse in der Klassifikationspraxis verwiesen. Auch wenn der Hinweis auf nicht anwesende Personen und deren Stimmen, zum Beispiel am Telefon, im Kontext eines Arztgespräches vielleicht naiv anmutet, wird dadurch doch die spezielle kontextuelle Engführung bei der Vergabe von Diagnosen deutlich. Diese sind weniger auf die ›Lebenswelt‹ der Nutzer ausgerichtet, sondern als Arbeitserleichterung für die psychosoziale Praxis gedacht, unter anderem um die Kommunikation verschiedener Akteure untereinander zu erleichtern und internationale Standards zu etablieren (Bowker und Star 1999; Goldberg 2015).

Die Reaktion der Genesungsbegleiterin, der Fremdzuschreibung »depressiv bzw. bipolar« (FN I; 10.01.2015) eine Selbstzuschreibung mit der Metapher »emotionale Achterbahnfahrerin« (ebd.) entgegenzusetzen, ist eine mögliche Alternative, die sich dem »Programm« (ebd.) entzieht, das auf die Diagnose »bipolare Störung« (ebd.) folgt oder zu folgen hätte. Es gibt keine Diagnose »emotionale Achterbahnfahrerin«, dementsprechend auch keine Beschreibung dieser Klassifikation, keine therapeutischen Richtlinien, medikamentösen Handlungsempfehlungen usw.

Zugleich wird aber auch deutlich, dass diese Alternativen nicht für alle Patientinnen relevant werden – im Gegensatz zu den in der ICD-10 festgeschriebenen Diagnoseklassifikationen, die für alle Patientinnen in der (teil-)stationären Versorgung mehr oder weniger relevant werden, da alle von ihnen mindestens einer Diagnose zugeordnet sind. Herr Zeier etwa war nicht daran interessiert, ob oder wie andere Begriffe jenseits der biomedizinischen Klassifikationen lauten könnten. Die alternative Perspektive einer »emotionalen Achterbahnfahrerin« blieb für ihn folgenlos, und auch für alle anderen Beteiligten sind die Folgen dieses *erweiternden Reflektierens* unklar. Reflexivität wird zwar als Potenzial hervorgebracht aus einer Opposition zur Psychiatrie und dem damit zusammenhängenden Versorgungssystem heraus, und Reflektieren wird als legitimes Korrektiv verstanden. Durch Genesungsbegleitung entsteht also ein erweiterter *knowledge space*, der Aspekte mit einbezieht, die durch Praktiken des Klassifizierens unsichtbar werden. Das sagt jedoch noch nichts darüber aus, ob es zu einer konsensfähige Handlungslösung kommt – in anderen Worten darüber, wie viel von dieser Reflexivität ankommt.

Wie auch bereits eingangs des Kapitels ausgeführt, wird zwar der sensible und »kritische« Umgang als zentrale Kompetenz innerhalb von Genesungsbegleitung formuliert, es bleibt jedoch ein freiwilliges Korrektiv. Anna sprach hier einerseits von der »Freiheit in einer Hierarchie kopfüber zu sein« (FG 1, 16.01.2015), die es zwar ermögliche, beispielsweise keine Diagnosen zu verwenden. Es ist jedoch eine prekäre Situation in dieser Opposition innerhalb der psychiatrischen Versorgung, was besonders deutlich wird, wenn sie von anderen Professionen nicht gewünscht wird.

Reflektieren taucht in diesen Beispielen zum Umgang mit Sprache und Diagnoseklassifikationen in Kapitel 6.2. als Moment auf, der sich auf systemische Nebenfolgen psychiatrischer Versorgung richtet kann und deren blinde Flecken adressiert. Auch in Kapitel 6.1 wurden – durch das Motiv ›einer ganzen Person‹, die in die psychiatrische Versorgung eingebracht wird (und die sowohl sinnlich-körperliche Aspekte mit einbringt, als auch die Trennung in private und professionelle Person überschreitet), Differenzen zwischen Erfahrungsexpertise und formal anerkannter medizinisch-psychiatrischer Expertise betont und aktualisiert.

Im Unterschied zum im Kapitel 5 umkreisten *kanalisierenden Reflektieren,* das den Umgang der Genesungsbegleiter und anderer Mitarbeiter mit *einer* Krisenerfahrung ins Zentrum rückt, wird hier auch auf eine infrastrukturelle Reflexivität verwiesen, die sich auf den Umgang von Genesungsbegleiterinnen im Zusammenspiel mit anderen Mitarbeiterinnen und Patientinnen mit der Gesundheitsversorgung richtet. Erfahrung und Erfahrungsexpertise werden in Kontrast zu Praktiken des *kanalisierenden Reflektierens* nicht als etwas der (teil-)stationären Situation Vorgängiges verstanden, sondern als Index relevant. *Erweiterndes Reflektieren* führt nicht zu einer doppelten Annäherung von Formen sozialpsychiatrischen Wissens und Erfahrungsexpertise, sondern unter Umständen zu einem Wissensraum, in dem neue und andere Aspekte eingebracht werden können.

Allerdings wird vor allem in den beschriebenen Beispielen um Diagnose-Klassifikationen deutlich, dass es sich zugleich bisher um ein prekäres und nicht notwendigerweise veränderndes Moment handelt, das Genesungsbegleiter mit in die (teil-)stationäre Versorgung einbringen können.

Schluss: Ver-rückte Expertisen – Expertisen verrücken

Ver-rückte Expertisen

Die Ausgangsfrage dieser Dissertationsschrift war, empirisch ethnografisch zu untersuchen, wie Erfahrung als Expertise im Kontext von Genesungsbegleitung hervorgebracht wird und in Kraft tritt. Was heißt es, eine ›eigene Krisen-Erfahrung‹ alltäglich und professionell zu nutzen und sie zum Beruf zu machen? Genesungsbegleitung, dieser in Deutschland aktuell im Entstehen begriffene Beruf, bot dabei zugleich den Anlass und den Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit. Denn die eigene Psychiatrieerfahrung oder die Erfahrung als Angehörige von Psychiatrieerfahrenen (Utschakowski et al. 2009) – und damit ein persönliches psychiatrisches Krisenerleben – ist die Basis dieses Berufszweigs.

Die Idee selbst, dass Peers – in diesem Fall diejenigen, die selbst Psychiatrieerfahren sind und ihre Angehörigen – sich gegenseitig und andere unterstützen können, ist alles andere als neu (u.a. Utschakowski et al. 2009; Faulkner 2013). Peer-Arbeit, als institutionalisierte Ausformung von Peer-Unterstützung, lässt sich in einer großen Vielzahl an Formaten als Peerberatung, Lobbyarbeit usw. und Arbeitskontexten wie der komplementären psychiatrischen Versorgung, in psychiatrischen Kliniken, der Organisationsentwicklung etc. finden (Mahlke et al. 2014). Genesungsbegleitung als eine Variante von Peer-Arbeit in der psychiatrischen Versorgung ist dabei eine neuere Entwicklung, die in den vergangene zehn Jahren verstärkt in Deutschland Einzug hält.

Dabei besteht noch immer große Unklarheit darüber – neben einem omnipräsenten Bezug auf gelebte Erfahrung – welche Tätigkeiten Peer-Arbeiter in der psychiatrischen Versorgung und gerade Genesungsbegleiter, übernehmen sollen und können (Beales und Wilson 2015, 315). Während meiner Feldforschung begegnete ich vielen Versuchen die Rolle von Genesungsbegleiterinnen im spezifischen Kontext von (teil-)stationären psychiatrischen Kliniken mit metaphorischen Umschreibungen einzugrenzen und zu beschreiben – von »Tofu-Arbeiter« (Utschakowski 2015, 27; also ›weder Fisch noch Fleisch‹), über »Eisbrecher« und »Feuerwehr« bis hin zu »Hofnarr« (Heumann et al. 2018). Diese Metaphern

verweisen sicherlich auf Erwartungen und Rollenvorstellungen, mit denen sich Peer-Arbeiterinnen im Alltag psychiatrischer Gesundheitsversorgung konfrontiert sehen: Sie sollen ›das Eis brechen‹, ›den Brand löschen‹, unkonventionell Kritik an den ›Königen‹ der Klinik üben (Heumann et.al 2018). Doch damit ist noch wenig darüber gesagt, was Peer-Arbeit alltagspraktisch spezifisch macht (Rebeiro Gruhl, Lacarte und Calixte 2016) und wie sie verhandelt wird.

Ich habe gezeigt, dass *Erfahrung* ebenso wie *Erfahrungsexpertise*, kein selbsterklärender Aspekt von Genesungsbegleitung ist. Es bleibt im medizinisch-psychiatrischen Fachdiskurs bisher weitestgehend diffus, *wie* die spezifische Erfahrungsexpertise von Genesungsbegleiterinnen alltäglich wirksam wird – obwohl umfassend untersucht ist, *dass* sie wirksam ist und unter anderem zu geringer Hospitalisierung, zu mehr Selbstzufriedenheit etc. führt (u.a. Chinmann et al. 2001; Repper und Carter 2011; Davidson 2015; Asad und Chreim 2016; Rebeiro Gruhl, Lacarte und Calixte 2016). Das liegt meiner Ansicht nach auch daran, dass epistemologische Auseinandersetzungen mit dem Erfahrungsbegriff als Grundlage von ›Expertise aus Erfahrung‹ bis auf wenige Ausnahmen selten bleiben (Voronka 2019) und sie zugleich als *common sense* gilt. Dennoch war es nicht mein Ziel, allein diesen *common sense* zu dekonstruieren und eine Gegenerzählung zu entwickeln (u.a. Watts 2014).

Vielmehr habe ich verschiedene Trajektorien zwischen Erfahrungen und Expertisen im Feld Genesungsbegleitung nachgezeichnet und beleuchtet, wie bestimmte implizite Definitionen und Verständnisse von Erfahrung weit reichende alltagspraktische Konsequenzen entwickeln können: So bringt beispielsweise ein empathischer Erfahrungsbegriff, der als Besitz einer singulären, subjektiven und authentischen Person verstanden wird, die eine psychische Krise durchlebt hat, bestimmte Folgen für Genesungsbegleitung mit sich. Das *Enactment* eines solchen empathischen Erfahrungsbegriffs untermauert zwar einerseits deren Legitimität. Andererseits bewegt er, wenn er als universelle Konstante begriffen und nicht als eine von vielen möglichen Varianten gesehen wird, Erfahrungsexpertise in Opposition zu solch einem wissenschaftlichen Erkenntnisstil (Daston und Gallison 2007), der Anforderung wie Allgemeinheit, Universalität, Sicherheit und Verlässlichkeit stellt (u.a. Beck 2012: 14; Boardman 2017): Zum Beispiel dadurch, dass sie nur von der Person, die sie durchlebt hat, beansprucht werden kann und immer an sie gebunden bleibt – und so deren Reichweite per se begrenzt bleibt. Auf diese Weise kann Erfahrungsexpertise von Genesungsbegleitern schnell zur Gegenexpertise einer vermeintlich klaren zertifzierten medizinisch-psychiatrischen Expertise werden, die als dominierte Form immer unterlegen bleibt. Erfahrungsexpertise kann dadurch auch in einen Bestandsmodus geraten, in dem Wissen als Inhalt und nicht als Praxis konzipiert wird. Dadurch werden Diskussion um deren Grenzen, aber eben vor allem auch deren Potentiale erschwert. Erfahrungsexpertise und Genesungsbegleitung ernst zu nehmen, bedeutet meiner Ansicht nach gerade

auch die Fragen nach deren Konditionen, Bedingungen und Möglichkeiten, vor allem jedoch nach deren alltäglicher Ko-konstitution zu stellen.

Die Argumentation um eine bestehende Unklarheit im Umgang mit der Wirkmacht von Erfahrung trifft in vielen Teilen auch auf kulturanthropologische Diskussionen zu: Auch hier herrscht – trotz langer Fachtradition zum Thema – ein erstaunliches Unverhältnis zwischen der Masse und Zentralität der Auseinandersetzungen mit Erfahrung einerseits und einer Unklarheit besonders in Zusammenhang mit der Wirkmacht verschiedener Erfahrungsbegriffe andererseits (u.a. Throop 2003, Willen und Seeman 2012). Zwar ist gerade die Feldforschungserfahrung, in ihrer Verknüpfung mit der Methode der Teilnehmenden Beobachtung viel und lang diskutiert (u.a. Turner und Bruner 2001): Die Figur des wissenschaftlich-anthropologischen Feldforschers, dem »fieldworker-theorist« lässt persönliche Erfahrungen vor Ort und wissenschaftliche Analyse verschmelzen (Clifford 1983, 127). Da die Disziplin sich in vielerlei Hinsicht kritisch mit der eigenen Autoritätsproduktion auseinandersetzt hat, zum Beispiel durch feministische Kritik, Wissenschafts- und Technikforschung usw., ist die Form des Rückbezugs auf die Feldforschungserfahrung explizit im Zentrum vieler Auseinandersetzungen. Nichtsdestotrotz rückt Erfahrung in ihren anderen Dimensionen (zum Beispiel als analytischer Begriff oder als Forschungsgegenstand) seltener in den Untersuchungsfokus. Manche Autoren befanden, dass gerade das Übermaß an Betonung von Erfahrung zu einer Art konzeptuellem Vermeidungsverhalten führe, weshalb sie – obwohl als Referenzrahmen oder zentrale Optik in vielen ethnografischen Auseinandersetzungen enthalten – gegenwärtig praktisch nie zu einem dezidierten Untersuchungsgegenstand sozialwissenschaftlicher Auseinandersetzungen werde (Stephenson und Papadopoulos 2006a).

Genau in dem Vermögen verschiedenste inhaltliche, analytische, emotionale etc. Ebenen zu betreffen – also beispielsweise sowohl als Gegenstand von ethnografischen Untersuchungen, als Instrument kulturanthropologischer Wissensproduktion oder als analytischer Begriff zu funktionieren – liegt meiner Ansicht nach, sowie der vieler Autorinnen, eine zentrale Wirksamkeit von Erfahrung. Und dies sowohl in Bezug auf Genesungsbegleitung als auch im Kontext von kulturanthropologischen Forschungen. William James und John Dewey beschrieben diese Qualität als *Doppelläufigkei*t: In Erfahrung kann subjektive und objektive Seite, »thing« und »thought«, Vergangenheit und Zukunft zusammenfallen. Auf diese Weise kann Erfahrung sowohl als Brückenbegriff als auch als Kontrastbegriff wirksam werden.

Die Doppelläufigkeit von Erfahrung ist zentral für den Alltag von Genesungsbegleiterinnen. Erfahrungsexperten im (teil-)stationären Kontext müssen sich im Spannungsfeld verschiedenster Ansprüche positionieren. Indem ich in meinen Auseinandersetzungen den Fokus auf materiell-semiotischen Prozesse gelegt habe, statt nach einer einzigen Definition von Erfahrung oder einer Gegenerzählung zu Erfahrung zu suchen, habe ich dargestellt, wie Erfahrungsexpertise alltäglich

verhandelt wird. Dabei können solche klaffenden Ansprüchen an Genesungsbegleiter nebeneinander generiert und teilweise gemanagt werden. Im Sinne von »Erfahrung *mit* etwas haben« (Pols und Hoogesteyns 2016, Übersetzung CS), habe ich stattdessen verschiedene Praktiken nachgezeichnet, die Erfahrungsexpertise von einem vermeintlichen klar definierten Inhalt lösen:

> Rather than as a source of knowledge, experience is then understood as a form of *know-how*, consisting of interpretive and pragmatic skills that permit a life worth living as a person with disability (Pols und Hoogsteyns 2016, 51).

Das Augenmerk dieser Dissertationsschrift lag also darauf, was Erfahrungsexpertise im (teil-)stationären Alltag *tut*, statt darauf was sie *ist.* Erfahrungsexpertise realisiert sich meiner Ansicht nach in sehr unterschiedlichen Praktiken, bei denen verschiedene Begriffe von Erfahrung und Expertise, situative Bindungen und Kontexte eine Rolle spielen. Sowohl in der TK 5 als auch in der Station 20, ebenso wie in den Experteninterviews wurde Erfahrungsexpertise demnach in unterschiedlichen Modi ko-produziert.

Mit *Praktiken des Reflektierens* lassen sich, so die Kernthese dieser Arbeit, die potentielle (und für ihre Wirksamkeit notwendige) Ergebnisoffenheit der spezifischen Expertise im Kontext von Genesungsbegleitung, ihre Relationalität und insbesondere ihr Vermögen zwischen verschiedenen Charakteristiken zu oszillieren (sowohl professionell als auch nicht-professoniell, nah als auch distanziert etc.), fassen.

Ich habe zwei Modi von *Praktiken des Reflektierens* ausgearbeitet, in denen Erfahrungsexpertise (teil-)stationär wirksam wird. Bei *kanalisierendem Reflektieren* stehen die Distanz zur psychiatrischen Krisenerfahrung, deren sprachliche Artikulation, das Vermögen, Zusammenhänge in *situierter Generalisierung* (als eine besondere Form über den Einzelfall hinaus, und zugleich an diesen gebunden Generalisierungen zu erzeugen) herzustellen im Vordergrund. Es geht hier vor allem darum, um es in den Worten eines Gesprächspartner zu fassen: »Und das ist ein ganz wichtiger Punkt […] meine Erfahrung zu reflektieren und Wissen daraus zu entwickeln« (EI 11; 01.03. 2017).

Durch Praktiken des *kanalisierenden Reflektierens* entsteht eine doppelte Annäherung von Erfahrungsexpertise und formal anerkannter Expertise: Erstens durch eine latent vorhandene vernünftige Genesungsbegleiterin. Diese kann *eine* bedeutungsvolle Krisenerfahrung, im Dewey´schen Sinne, flexibel in die Praxis einbringen. Und zweitens dadurch, dass solche *Praktiken des Reflektierens* in den alltäglichen Praktiken aller Berufsgruppen des *psy-complex* eingelagert sind, zum Beispiel in Supervisionen. *Kanalisierendes Reflektieren* und *situiertes Generalisieren* sind Praktiken, die in verschiedenen Varianten (die sich weder komplett gleichen noch komplett miteinander kontrastieren) von allen Mitarbeiterinnen und Nutzerinnen (die nicht im Fokus dieser Arbeit stehen) in der (teil-)stationären psychiatrischen Ver-

sorgung hervorgebracht werden. Sie scheinen sich vor allem darin zu unterscheiden, wie explizit die Rückbindung an die einzelne Person stattfindet und wie weit vom Einzelfall abstrahiert wird.

Durch *kanalisierendes Reflektieren* wirkt Erfahrungsexpertise von Genesungsbegleitern besonders als (legitimierende) Unterstützung formal anerkannten Wissens. Eine problematische Konsequenz eines solchen Verständnisses von Erfahrungsexpertise kann das *Re-enactment* einer Lücke zwischen Wissenschaftlern und Laien sein, denn *kanalisierendes Reflektieren* fügt sich tendenziell gut in traditionell westliche Prämissen wissenschaftlichen Wissens ein – beispielsweise in die Vorstellung einer linearen Entwicklung, die mit der Zeit objektiver, besser und richtiger wird (u.a. Niewöhner 2008, 136).

Wenn Praktiken des *kanalisierenden Reflektierens* gewissermaßen das ›moderne‹ Projekt Psychiatrie[1] unterstützen, eröffnen Praktiken des *erweiternden Reflektieren* dagegen einen »nie modern gewesenen« (Latour 2008) Wissensraum in der (teil-)stationären psychiatrischen Versorgung – um den bekannten Titel Bruno Latours Polemik gegen die Moderne und Postmoderne zu adaptieren. Praktiken des *erweiternden Reflektierens* sind der zweite Modus, den ich in dieser Arbeit nachgezeichnet habe. Bei erweiterndem Reflektieren stehen Mängel an der (teil-)stationären Versorgung im Vordergrund. Es geht hier um Opposition und Kritik an der psychiatrischen Versorgung, um Themen wie Partnerschaften, um Schlafmangel, um die Nebenwirkungen von Medikamenten, um die Auswirkungen von psychiatrischen Diagnosen auf alltägliche Situationen, um Stigma und Ausgeliefertsein. Dennoch bleibt hier Genesungsbegleitung ein freiwilliges Korrektiv. Anna sprach von der »Freiheit in einer Hierarchie kopfüber zu sein« (FG 1; 16.01.2015), die es zwar einerseits ermögliche beispielsweise keine Diagnosen zu verwenden, anderseits aber auch über wenig Entscheidungsbefugnisse verfüge.

Erweiterndes Reflektieren, so die Bewegungslinie dieses zweiten Modus, führt zu einer Erweiterung des Geltungsbereiches von formal-anerkanntem Wissen in den (teil-)stationären Settings durch Genesungsbegleitung. Ein »knowledge space« (Turnbull 2001, 4) wird möglich, in dem Kritik denkbar, aber nicht erforderlich ist. Dabei rücken Prozesse des gemeinsamen Reflektierens der (teil-)stationären Situation in den Vordergrund, in denen das psychische Krisenerlebnis vor allem als Index relevant wird. Statt einer ko-produzierten, subjektiv-individuellen dem Stationsalltag vorgängige Erfahrung, wird eine situierte, relationale Krisenerfahrung im Klinikalltag betont.

---

1 Ohne dass ich in dieser Arbeit mit Foucaults Perspektiven gearbeitet hätte, muss ich an dieser Stelle auf seine Perspektive hinweisen. Er stellte die gesellschaftliche Funktion und Koproduktion von Wahnsinn als Produkt einer aufkommenden Moderne in den Vordergrund. Die aufkommenden Irrenhäuser markieren dabei den Beginn einer institutionalisierten Unterbringung, die Ausgrenzung und Unterwerfung gewährleistet. (Foucault 1974)

In Praktiken des *erweiternden Reflektierens* werden zentral verschiedene analytische Ebenen kontrastiert, beispielsweise durch das Motiv einer »ganzen Person«, die in die psychiatrische Versorgung eingebracht wird (die einerseits sinnlich-körperliche Aspekte mit einbringt, als auch die Trennung in private und professionelle Person überschreitet). Ebenso wie durch die Differenz in ein Wissen vom Körper und einem Wissen im Körper. Auf diese Weise wird eine Opposition zu formal anerkannter Expertise in Erfahrungsexpertise aktualisiert.

Expertise verrücken

Neben den Schwerpunkten der einzelnen Kapitel ziehen sich durch diese Dissertationsschrift drei thematische Stränge, auf die ich an unterschiedlichen Stellen Bezug genommen habe.

Erstens handelt es sich um eine Problematisierung aktueller Diskussionen von Erfahrung und Erfahrungsexpertise vor allem in aber auch außerhalb von Diskursen der Gesundheitsversorgung. Seit einigen Jahren wird ein Bedeutungsgewinn von (Nutzerinnen)-Erfahrung für den Bereich der Gesundheitsversorgung konstatiert (häufig im größeren Zusammenhang eines *participatory turn*) (u.a. Boardman 2014, 2017). Die Geltung von *experiential knowledge* für Handlungsentscheidungen (u.a. Popay und Williams 1996; Caron-Flinterman, Broerse und Bunders 2005; Boardman 2014; Baillergeau und Duyvendak 2016) sowie für politische Prozesse (Frances 2013b; Rabeharisoa, Moreira und Akrich 2014; Blume 2017) scheint zugenommen zu haben. Die »lebensweltliche imprägnierte Erfahrung« (Beck 2009, 229) von Peers bewege sich hinein in Kontexte der psychiatrischen Versorgung. Allerdings wirkt lebensweltliche Erfahrungsexpertise, so mein Einwurf, nicht per se inklusiv. *Praktiken des Reflektierens* – und ihre unterschiedlichen Effekte als Opposition, Erweiterung, Kritik, Unterstützung – machen, so denke ich deren oszillierenden Charakter deutlich: Erfahrungsexpertise kann nicht an sich als Lösung für Legitimationsprobleme, Unsicherheiten im medizinisch-psychiatrischen Versorgungskontexten oder als Teil einer zunehmenden Demokratisierung dieser Infrastrukturen verstanden werden – zumindest nicht so lange unklar ist, was, wo, wie und wer sie ko-konstituiert (Bogsuz 2018).

Stattdessen könnte ein Ziel für Genesungsbegleitung sein, anzuerkennen, dass *Erfahrungsexpertise* mit *Praktiken des Reflektierens* oszillieren muss, um wirksam zu bleiben. Gerade die Ergebnisoffenheit von Praktiken des Reflektierens – als Selbstzweck ohne eine vorhergehende Bindung als Opposition oder Unterstützung psychiatrischer Expertisen im Angesicht der bestehenden Unsicherheiten verstanden zu werden – wird meiner Ansicht nach zu den großen Herausforderungen von Genesungsbegleitung in Zukunft gehören (u.a. Heumann et.al.2018).

Zweitens skizziere ich eine Parallele zwischen dem Feld Genesungsbegleitung und kulturanthropologischem Forschen: In beiden Bereichen, wenn auch auf extrem unterschiedliche Art und Weise, spielen Erfahrungen als Teil einer Expertise eine große Rolle. Und in beiden Hinsichten ist, bei allen Streitigkeiten, anerkannt, dass diese eine fundamentale Wirkung haben. Sowohl für das eine als auch das andere Feld spielt Reflexivität in der Verknüpfung dieser großen Begriffe eine zentrale Rolle. Dabei habe ich anknüpfend an den vorangegangenen Punkt argumentiert, dass eine Schwierigkeit von *Praktiken des Reflektierens*, wie sie bislang im Zentrum der Diskussionen stehen, ihr vermeintlich per se positiver Charakter ist. Latent herrscht – insbesondere im Bereich Genesungsbegleitung – die Vorstellung, dass Reflektieren an das einzelne Individuum geknüpfte und immer moralisch wie positiv sei. Eine ›fehlende Reflexivität‹ in der Gesundheitsversorgung (sowohl der Prozesse und Infrastrukturen als auch der beteiligten Personen) soll durch die Einbeziehung von Patientenwissen (s. Kapitel 3.3, S.120) behoben werden und zu Qualitätsverbesserungen führen (u.a. Bates und Robert 2006; Velpry 2008). *Praktiken des Reflektierens* als » ›sense-making‹ activity performed by people or inscribed into written documents« (Loon 2015, 17) sind jedoch nicht kontextunabhängig, allein individuell oder nur introspektiv – und diese Seite wird häufig vernachlässigt. Wer oder was, wie reflexiv ist und wie diese Reflexivität in Kraft tritt, wird selten explizit diskutiert. *Reflektieren* findet meiner Ansicht nach im klinisch-psychiatrischen Kontext kontinuierlich in verschiedenen Varianten unter Beteiligung der unterschiedlichsten Personen statt – *Praktiken des Reflektierens* werden situtativ ko-konstituiert und haben demnach kein unreflexives Gegenüber.

Genesungsbegleitung kreiert – und das ist der dritte thematische Strang – eine neue Zwischenzone im (teil-)stationären psychiatrischen Versorgungskontext: Zum Beispiel zwischen Mitarbeiter und Nutzer, zwischen Experte und Laie, zwischen *kanalisierendem* und *erweiterndem* Reflektieren. Das Wechselspiel zwischen Annäherung und Abgrenzung, zwischen Opposition zu und Integration in den psychiatrischen Kontext, zwischen Patientin und Mitarbeiterin gehört konstitutiv zur spezifischen Expertise von Genesungsbegleiterinnen. Erfahrungsexpertise von Genesungsbegleitern scheint als eine Art Gegenexpertise zu wissenschaftlicher Expertise fungieren zu können (Boltanski 2011). Zugleich, und das ist möglicherweise das Besondere daran, ist sie so etwas wie eine *Begegnungsexpertise*, welche, die Begegnung verschiedener Sichtweisen ermöglicht. Wenn sich diese Zwischenposition etablieren kann, sowohl als Gegenexpertise als auch als eine Form der begegnenden Expertise, kann sie transformativ wirken. Wenn es gelingt, mit Genesungsbegleitung nicht nur zu einer Verschiebung der Demarkationslinien zwischen Erfahrungen und Expertisen zu gelangen, sondern die Doppelläufigkeit von Erfahrung in vollem Sinne auszuschöpfen und in produktiver Spannung zu halten, kann sie sich eventuell als neue Berufsgruppe etablieren.

Aber entsteht durch Genesungsbegleitung, in dieser Zwischenzone, auch ein Potential Wissen(schaft) – beispielsweise ethnografisches Wissen aber auch psychiatrisches Wissen – anders zu praktizieren? Ergebnisoffenheit und Spannung zu halten, klingt schließlich nach einem Aufruf, der ebenso für ethnografisches Forschen gelten könnte. Nur für den Bereich ethnografischer Wissensproduktion wage ich, als Kulturanthropologin, eine Ansicht zu äußern: Ich denke, dass Ethnografien noch immer zu häufig *entweder* in allein dekonstruierendem Duktus *oder* als verschiedene Perspektiven versammelnde, distanziert, verhaltene Annäherung praktiziert werden. Zugleich sowohl das eine, als auch das andere zu bieten – also zwischen *Gegenexpertise* und *Begegnungsexpertise* zu oszillieren– scheint mir ein erstrebenswertes Vorhaben zu sein. Denn die Bifurkation zwischen Opposition und Unterstützung von Erfahrungsexpertise gegenüber formal anerkanntem Wissen ist gegenwärtig in vielen Diskussionen um Expertise relevant. In Zeiten, in denen der ›Experte‹ zum populären Hassobjekt gerät, mitunter der Tod der Expertise (weg von geprüftem Wissen) diagnostiziert wird, und der Traum einer expertenbasierten Konsensdemokratie weggefegt wurde, wie Wolfgang Hirschli (2018) polemisierte, und es zugleich an Alternativen mangelt, scheint es mir notwendig die Entwicklung von Zwischenzonen zu bestärken. Genesungsbegleitung bietet hierbei ein zumindest vorsichtig positives Beispiel neuer Allianzen zwischen formal anerkannten Expertinnen und anderen Expertinnen.

Danksagung

Der Name einer einzelnen Person – mein Name – auf dem Cover lässt in den Hintergrund treten, dass dieses Buch auch das Ergebnis einer kollektiven Anstrengung ist.

Diese Ethnografie wäre ohne bestimmte Personen, Umstände, intellektuelle und materielle Kontexte nicht zustande gekommen – und über die Jahre hinweg, die ich mich mit diesem Thema befasst habe, werde ich daran scheitern sie alle hier aufzuführen. Der Dank bleibt mir dennoch, auch in seiner Unvollständigkeit, ein Anliegen.

Mein besonderer Dank gilt den Teilnehmer_innen an der Forschung im Feld. Die Großzügigkeit der Genesungsbegleiter_innen und Praktiker_innen, an deren Alltag ich teilhaben durfte, hat es mir erst möglich gemacht, das Buch zu verfassen. Ich danke allen Interviewpartner_innen und denjenigen, die mich vor, in und nach der Feldforschung unterstützt haben und ich hoffe, diese Ethnografie berührt Euch, regt Euch gedanklich an und initiiert Diskussion ohne zu verletzen oder zu langweilen.

Für umsichtige Betreuung, fachliche und inhaltliche Anleitung und Orientierung, möchte ich mich bei Prof. Dr. Tanja Bogusz und Prof. Dr. Jörg Niewöhner bedanken. Tanja, vor deiner Expertise im amerikanischen Pragmatismus und Scharfsinn verneige ich mich. Ohne deine Unterstützung und die Bereitschaft nach dem verfrühten Tod von Prof. Dr. Stefan Beck die Betreuung meiner Dissertation zu übernehmen, wäre diese Ethnografie nicht zustande gekommen. Jörg, deine klare analytische Herangehensweise, dein scharfer Blick und fachlichen Anregungen haben mich mehrmals davor bewahrt in inhaltliche Sackgassen zu rennen und mir in entscheidenden Situationen Wege aufgezeigt.

Eine besondere Rolle zwischen Praxis und Theorie nimmt Prof. Dr. Sebastian von Peter in dieser Arbeit ein. Dein Vertrauen, Engagement und Interesse an meiner Arbeit hat den Grundstein für Feldforschungen, für weiterführende Diskussionen und eine langjährige Zusammenarbeit gelegt. Auch meine Kolleg_innen im Projekt *PsychCare* haben zum Gelingen der Promotion beigetragen – ich danke Euch für die einzigartige Kombination aus Humor und inhaltlicher Auseinandersetzung.

Im Exzellenzcluster *BildWissenGestaltung* haben mich Prof. Dr. Wolfgang Schäffner, Dr. Barbara Göbel und viele Forscher_innen diverser Disziplinen aus dem 4. Stock in der Promotion begleitet: Maria Keil, Friederike Schäfer, Sabine Hansmann, Franziska Kunze, Sandra Schramke und Mario Schulze.

Das »Laboratory: Anthropology of Environment | Human Relations« am Institut für Europäische Ethnologie der HU Berlin war ein Ort für offene geistige Auseinandersetzung und ich danke allen Mitdenker_innen. Ich danke Carolin Genz, Jana König, Jonna Josties und Fritz Schlützer für Feedback und Hilfe bei Kommatas.

Patrick Bieler, Janine Hauer und Ruzana Liburkina haben mich über den gesamten Zeitraum der Dissertation getragen und in der entscheidenden brisanten Abschlusszeit der Promotion über die letzten inhaltlichen und formalen Hürden gehoben. Ich danke Euch für Eure Solidarität, für Eure Zeit, Eure klugen Kommentare und dafür, dass wir – seitdem wir als studentische Hilfskräfte zusammen im Kämmerlein saßen – durch Freundschaft und Forschung gemeinsam gehen.

Die lange Erfahrung der Promotion wurde wesentlich mit-erfahren von Menschen meines alltäglichen Umfeldes, die mich ertragen, motiviert, mir den Rücken frei gehalten und den Magen gefüllt haben:

Jule, Heidelore Ocken Wilisch und Axel Wilisch, Christa Schmid-Ehrlinger, Rudolf und Johannes Schmid – ihr ward Motivator_innen, Sparringpartner_innen, kurzfristige Lektor_innen, Aufbau- und Unterstützungsprogramm.

Christina Urbaniak, Miriam Knauss und Franziska Wegener – auf dass wir unsere Freundschaften weiter hegen und pflegen.

Und Jonas und Leno – in kurzen Worten, aber mit viel Gefühl – für die wunderbaren und wundersamen Erfahrungen einer großen Liebe.

Berlin, Mai 2020

Literatur- und Quellenangaben

Abbott, Andrew Delano. 1988. *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: University of Chicago Press.

Acosta, Joie, Matthew Chinman, Patricia Ebener, et al. 2013. »An Intervention to Improve Program Implementation: Findings from a Two-Year Cluster Randomized Trial of Assets-Getting To Outcomes.« *Implementation Science* 8: 87.

Aderhold, Volkmar, Evelin Gottwalz-Itten und Heiner Haßlöwer. 2010. »Die Behandlungskonferenz – Dialog, Reflexion und Transparenz.« *Psychiatrische Pflege Heute* 16(3): 142-152.

Akrich, Madeleine und Vololona Rabeharisoa. 2012. »Lay Expertise in Patient Organizations: an Instrument for Health Democracy.« *Santé publique* 24(1): 69-74.

Akrich, Madeleine. 31.08.2016. »Inquiries into Experience and the Multiple Politics of Knowledge.« *Keynote 4S-EASST Meeting*, Barcelona, Spanien.

Alkemeyer, Thomas, Gunilla Budde, und Dagmar Freist, Hg. 2013. *Selbst-Bildungen: Soziale und Kulturelle Praktiken der Subjektivierung*. Bielefeld: transcript.

Alley, Sarah, Suzanne F. Jackson, und Yogendra B. Shakya. 2015. »Reflexivity.« *Health Promotion Practice* 16(3): 426-431.

Aly, Anna. 2013. *Erforschung von Erfolgsfaktoren für eine berufliche Tätigkeit als Genesungsbegleiter/in nach Absolvieren der EX-IN-Ausbildung*. Unveröffentlichte BA- Arbeit, Fernuniversität Hagen.

Amering, Michaela. 2011. »Recovery – Paradigmenwechsel zu einer ressourcenorientierten Psychiatrie.« *Kontext* 42(3): 245-256.

Angermüller, Johannes. 2005. »Sozialwissenschaftliche Diskursanalyse in Deutschland – Zwischen Rekonstruktion und Dekonstruktion.« In *Die diskursive Konstruktion von Wirklichkeit: Zum Verhältnis von Wissenssoziologie und Diskursforschung,* hg. von Reiner Keller, Andreas Hirseland, Werner Schneider, und Willy Viehöver, 23-48. Konstanz: UVK.

Aristoteles. 1977 [1963]. *Aristoteles Hauptwerke,* hg. von Wilhelm Nestle. Stuttgart: Kröner.

Aronowitz, Robert, Andrew Deener, Danya Keene, Jason Schnittker, und Laura Tach. 2015. »Cultural Reflexivity in Health Research and Practice.« *American Journal of Public Health* 105(3): 403-408.

American Anthropological Association. 2009. »AAA Code of Ethics«. Letzter Zugriff am 15. Mai 2018. fileDownloads/pdfs/issues/policy-advocacy/upload/AAA-Ethics-Code-2009.pdf.

Asad, Sarah, und Samia Chreim. 2016. »Peer Support Providers' Role – Experiences on Interprofessional Mental Health Care Teams: A Qualitative Study.« *Community Mental Health Journal* 52(7): 767-774.

Atkins, Sue, und Kathy Murphy. 1993. »Reflection: A Review of the Literature.« *Journal of Advanced Nursing* 18(8): 1188-1192.

Bachmann-Medick, Doris. 2014 [2006]. *Cultural Turns: Neuorientierungen in den Kulturwissenschaften*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag.

Bacon, Francis. 1901 [1620]. *Novum Organum*. Oxford: Clarendon Press, hg. von Joseph Devey. New York: P.F. Collier and Son.

Badcott, David. 2005. »The Expert Patient: Valid Recognition or False Hope?« *Medicine, Health Care and Philosophy* 8(2):173-178.

Baillergeau, E., und J. W. Duyvendak. 2016. »Experiential Knowledge as a Resource for Coping with Uncertainty: Evidence and Examples from the Netherlands.« *Health, Risk & Society 18*, 407-426.

Baltes, Paul B., und Ursula M. Staudinger. 2000. »Wisdom: A Metaheuristic (Pragmatic) to Orchestrate Mind and Virtue toward Excellence.« *American Psychologist* 55(1): 122-136.

Barad, Karen M. 2007. *Meeting the Universe Halfway: Quantum Physics and the Entanglement of Matter and Meaning*. Durham, NC: Duke University Press.

Barlösius, Eva. 2006. *Pierre Bourdieu*. Frankfurt; New York: Campus Verlag.

Beales, Anne, und Johanna Wilson. 2015. »Peer Support – the What, Why, Who, How and Now.« *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice* 10(5): 314-324.

Beaulieu, Anne. 2010. Research Note: »From Co-Location to Co-Presence: Shifts in the Use of Ethnography for the Study of Knowledge.« *Social Studies of Science* 40(3): 453-470.

Beck, Stefan. 2006. »Probleme der Privatisierung von Wissen.« In *Internationalisierung von Wissen. Multidisziplinäre Beiträge zu neuen Praxen des Wissenstransfers*, hg. von Gertraud Koch, 91-125. St. Ingbert: Röhrig Universitätsverlag.

Beck, Stefan. 2007. »Medicalizing Culture(s) or Culturalizing Medicine(s)?« In *Medicine as Culture. Instrumental Practices, Technoscientific Knowledge, and New Modes of Life*, hg. von Regula Valerie Burri und, Joseph Dumit, 17-33. London 2007: Routledge.

Beck, Stefan. 2009. »Die Mobilisierung von Erfahrung.« In *Horizonte ethnografischen Wissens: Eine Bestandsaufnahme*, hg. von Ina Dietzsch, Wolfgang Kaschuba, und Leonore Scholze-Irrlitz, 221-238. Köln Weimar: Böhlau Verlag.

Beck, Stefan. 2010. »Translating Experience into Biomedical Assemblages. Observations on European Forms of (Imagined) Participatory Agency in Healthcare.«

In *Health Promotion and Prevention Programmes in Practice: How Patients' Health Practices are Rationalised, Reconceptualised and Reorganised*, hg. von Thomas Mathar und Yvonne J.F.M. Jansen, 195-222. MatteRealities/VerKörperungen 3. Bielefeld: transcript.

Beck, Stefan. 18.04.2012. *Ex3: Existence- Experience- Expertise: Towards »Existential Expertise« and Ecologies of Expertise.* Workshop »Expertenkulturen«, Humboldt-Universität zu Berlin. Berlin.

Beck, Stefan. 2015a. »The Problem of Expertise: From Experience to Skilful Practices to Expertise. Ecological and Pragmatist Perspectives.« *European Journal of Pragmatism and American Philosophy* 7(1): 8-23.

Beck, Stefan. 2015b. *Von Praxistheorie 1.0 zu 3.0 – oder: wie analoge und digitale Praxen relationiert werden sollten.* Tagung »Digitale Praxen«, 19.–21.1.2015. Goethe Universität. Frankfurt a.M.

Beck, Stefan, Jörg Niewöhner, und Estrid Sørensen, Hg. 2012. *Science and Technology Studies – Eine sozialanthropologische Einführung.* MatteRealities/VerKörperungen 17. Bielefeld: transcript.

Beck, Ulrich. 2003 [1986]. *Risikogesellschaft: Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Beck, Ulrich, Anthony Giddens, und Scott Lash. 1996. *Reflexive Modernisierung: Eine Kontroverse*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Benjamin, Walter. 1984. *Allegorien kultureller Erfahrung: Ausgewählte Schriften 1920 – 1940/Walter Benjamin,* hg. von Sebastian Kleinschmidt. Leipzig: Reclam.

Beresford, Peter. 2003. *It's Our Lives: A Short Theory of Knowledge, Distance and Experience.* London: Citizen Press.

Berg, Eberhard, Hg. 1995. *Kultur, soziale Praxis, Text: Die Krise der ethnographischen Repräsentation*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Biehl, João. 2005. *Vita – Life in a Zone of Social Abandonment.* Berkeley: University of California Press.

Bieler, Patrick, Milena D. Bister, und Christine Schmid. In Vorbereitung. »Formate des Ko-Laborierens: Geteilte epistemische Arbeit als katalytische Praxis.« *Berliner Blätter*. Berlin: Panama Verlag.

Blume, Stuart. 2017. »In Search of Experiential Knowledge.« *Innovation: The European Journal of Social Science* 30(1): 91-103.

Boardman, Felicity K. 2014. »Knowledge Is Power? The Role of Experiential Knowledge in Genetically ›Risky‹ Reproductive Decisions.« *Sociology of Health & Illness* 36(1): 137-150.

Boardman, Felicity K. 2017. »Experience as Knowledge: Disability, Distillation and (Reprogenetic) Decision-Making.« *Social Science & Medicine* 191: 186-193.

Boas, Franz. 1911. *The Mind of Primitive Man: A Course of Lectures Delivered Before the Lowell Institute*, Boston, Massachusetts: Macmillan.

Bock, Thomas. 2004. »Wo wir stehen – die Landschaft der Psychoseseminare heute.« In *Trialog praktisch: Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Professionelle gemeinsam auf dem Weg zur demokratischen Psychiatrie*, hg. von Jürgen Bombosch, 29-40. Neumünster: Paranus-Verlag.

Bock, Thomas, Fritz Bremer, Renate Bublitz, et al. 2017. Auf der Spur des Morgenstern – Dorothea Buck wird 100.« *Psychiatrische Praxis* 44(04): 234-236.

Bock, Thomas, Candelaria Mahlke, Gwen Schulz, und Gyöngyver Sielaff. 2013. »Ownness and psychosis, peer support and psychotherapy.« *Psychotherapeut* 58(4): 364-370.

Bock, Thomas, Sarah Niemann, Robert Dorner, et al. 2015. »Wenn Stigma tödlich wird, kann Fortbildung lebensrettend sein: Zur konstruktiven Wirkung trialogischer Fortbildung bei der Hamburger Polizei.« *Psychiatrische Praxis* 42(05): 278-280.

Bogusz, Tanja. 2009. »Erfahrung, Praxis, Erkenntnis. Wissenssoziologische Anschlüsse Zwischen Pragmatismus Und Praxistheorie – Ein Essay.« *Sociologia Internationalis* 47(2): 197-228.

Bogusz, Tanja. 2018. *Experimentalismus und Soziologie – Von der Krisen- zur Erfahrungswissenschaft.* Frankfurt; New York: Campus.

Bogusz, Tanja, und Estrid Soerensen. 2018. »Mit Stefan Becks »Sachen, Tat-Sachen und Tatsachen« und »The Problem of Expertise« denken.« In *After Practice. Thinking through Matter(s) and Meaning relationally. Volume 1*, hg. von Laboratory: Anthropology of Environment | Human Relations, 137-153. Berliner Blätter | Ethnographische und ethnologische Beiträge 80(1). Berlin: Panama Verlag.

Böhle, Fritz, und Margit Weihrich. 2009. »Ungewissheit, Uneindeutigkeit, Unsicherheit – Braucht die Theorie reflexiver Modernisierung eine neue Handlungstheorie?« In *Handeln unter Unsicherheit*, hg. von Fritz Böhle und Margit Weihrich, 9-21. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Bohnsack, Ralf. 1999. *Rekonstruktive Sozialforschung – Einführung in Methodologie und Praxis qualitativer Forschung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Boltanski, Luc. 2011. *On Critique: A Sociology of Emancipation*. Cambridge: Polity.

Bombosch, Jürgen, Hg. 2004. *Trialog praktisch: Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Professionelle gemeinsam auf dem Weg zur demokratischen Psychiatrie*. Neumünster: Paranus-Verlag.

Bonz, Jochen, Katharina Eisch-Angus, Marion Hamm und Almut Sülzle, Hg. 2017. *Ethnografie und Deutung – Gruppensupervision als Methode reflexiven Forschens.* Wiesbaden: Springer.

Bopp, Jörg. 1989. *Antipsychiatrie. Theorien, Therapien, Politik*. Bodenheim: Athenaeum Verlag.

Borkman, Thomasina. 1976. »Experiential Knowledge: A New Concept for the Analysis of Self-Help Groups.« *Social Service Review* 50(3): 445-456.

Boulton, Mary, und Michael Parker. 2007. »Informed Consent in a Changing Environment.« *Social Science & Medicine* 65(11): 2187-2198.

Bourdieu, Pierre. 2015 [1972]. *Entwurf einer Theorie der Praxis: auf der ethnologischen Grundlage der kabylischen Gesellschaft*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Bourdieu, Pierre und Loïc J.D. Wacquant. 1992. *An invitation to reflexive sociology.* Cambridge: Polity Press.

Bowker, Geoffrey C, und Susan Leigh Star. 2000. *Sorting Things out: Classification and Its Consequences.* Cambridge, Mass.: MIT Press.

Boyer, Dominic. 2005. »The Corporeality of Expertise.« *Ethnos* 70(2): 243-266.

Boyer, Dominic. 2008. »Thinking through the Anthropology of Experts.« *Anthropology in Action* 15(2): 38-46.

Boyer, Dominic. 2015 »Reflexivity Reloaded: From Anthropology of Intellectuals to Critique of Method to Studying Sideways.« In *Anthropology Now and Next – Essays in Honor of Ulf Hannerz*, hg. von Thomas Hylland Eriksen, Christina Garsten und Shalini Randeria, 91-110. New York: Berghahn Books.

Boyer, Dominic. 2018. »Our Post-Post-Truth Condition.« In *After Practice. Thinking through Matter(s) and Meaning relationally. Volume 1,* hg. von Laboratory: Anthropology of Environment | Human Relations, 83-90. Berliner Blätter | Ethnographische und ethnologische Beiträge 80(1). Berlin: Panama Verlag.

Bradstreet, Simon. 2006. »Harnessing the ›Lived Experience‹: Formalising Peer Support Approaches to Promote Recovery.« *Mental Health Review Journal* 11(2): 33-37.

Breidenstein, Georg, Stefan Hirschauer, Herbert Kalthoff, und Boris Nieswand. 2013. *Ethnografie: Die Praxis der Feldforschung.* Konstanz: UTB.

Bröckling, Ulrich. 2003. »You are not responsible for being down, but you are responsible for getting up. Über Empowerment.« *Leviathan* 31(3): 323-344.

Bröckling, Ulrich. 2007. *Das unternehmerische Selbst: Soziologie einer Subjektivierungsform*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Bury, Mike. 2001. »Illness Narratives: Fact or Fiction?« *Sociology of Health & Illness* 23(3): 263-285.

Callon, Michel und Vololona Rabeharisoa. 2008. »The Growing Engagement of Emergent Concerned Groups in Political and Economic Life. Lessons from the French Association of Neuromuscular Disease Patients.« *Science, Technology & Human Values* 33(2): 230-261.

Cambrosio, Alberto, Pascale Bourret, Vololona Rabeharisoa, und Michel Callon. 2014. »Big Data and the Collective Turn in Biomedicine.« *Tecnoscienza. Italian Journal of Science & Technology Studies* 5(1): 11-42.

Caron-Flinterman, J. Francisca, Jacqueline E. W. Broerse, und Joske F. G. Bunders. 2005. »The Experiential Knowledge of Patients: A New Resource for Biomedical Research?« *Social Science & Medicine* 60(11): 2575-2584.

Carr, Sarah. 2015. »Individual Narratives and Collective Knowledge: Capturing Lesbian, Gay and Bisexual Service User Experienecs.« In *Mental Health Service Users in Research: Critical Sociological Perspectives,* hg. von Patsy Staddon, 135-153. Bristol: Policy Press.

Carr, Sarah. 2017. »Narrative Research and Service User/Survivor Stories: A New Frontier for Research Ethics?« *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 23(3): 233-236.

Carrithers, Michael. 1988. »The Anthropologist as Author: Geertz's »Works and Lives«.«*Anthropology Today* 4(4): 19-22.

Chakkalakal, Silvy. 2014. »Lebendige Anschaulichkeit – Anthropologisierung der Sinne und der Erfahrungsbegriff im 18. Jahrhundert.« *Zeitschrift Für Volkskunde* 110(1): 33-65.

Charmaz, Kathy. 2008. »Constructionism and the Grounded Theory Method.« In *Handbook of Constructionist Research*, hg. von James A. Holstein, und Jaber F. Gubrium, 397-413. New York: The Guilford Press.

Checker, Melissa, Dána-Ain Davis, und Mark Schuller. 2014. »The Conflicts of Crisis: Critical Reflections on Feminist Ethnography and Anthropological Activism.« *American Anthropologist* 116(2): 408-409.

Classen, Constance. 1997. »Foundations for an Anthropology of the Senses.« *International Social Science Journal* 49(153): 401-412.

Clifford, James. 1983. »On Ethnographic Authority.« *Representations*(2): 118-146.

Clifford, James und George E. Marcus, Hg. 1986. *Writing Culture: The Poetics and Politics of Ethnography*. Berkeley: University of California Press.

Code of Ethics of the American Anthropological Association. 1998. *Anthropology News* 39(6): 19-20.

Cohn, Miriam. 2014. »Teilnehmende Beobachtung.« In *Methoden der Kulturanthropologie*, hg. von Christine Bischoff, Karoline Oehme-Jüngling, und Walter Leimgruber, 71-85. Bern: Haupt.

Cole, Stewart G. 1926. »What Is Religious Experience?« *The Journal of Religion* 6(5): 472-485.

Collins, Harry M., und Robert Evans. 2002. »The Third Wave of Science Studies.« *Social Studies of Science* 32(2): 235-296.

Collins, Harry M. 2009. *Rethinking Expertise*. Chicago: University of Chicago Press.

Crane D, Lepicki T, und K Knudsen. 2016. »Unique and Common Elements of the Role of Peer Support in the Context of Traditional Mental Health Services.« *Psychiatric Rehabilitation Journal* 39: 282-288.

Crapanzano, Vincent. 2010. »The Wound That Never Heals.(Harki Reaction the Play »Le Nom Du Pere« by Masaoud Benyoucef).« *Alif: Journal of Comparative Poetics* 30: 57.

Cronise, Rita, Carina Teixeira Sally Rogers, und Steve Harrington. 2016. »The Peer Support Workforce: Results of a National Survey.« *Psychiatric Rehabilitation Journal* 39(3): 211-221.

Csordas, Thomas J., Hg. 1995. *Embodiment and Experience: The Existential Ground of Culture and Self.* Cambridge: Cambridge UnivPress.

Daston, Lorraine, und Peter Galison. 2007. *Objecitvity*. New York: Zone Books.

Davidson, Larry. 2015. »Peer Support: Coming of Age of and/or Miles to go before we Sleep? An Introduction.« *The Journal of Behavioral Health Services & Research* 42(1): 96-99.

Davidson, Larry, Matthew Chinman, Bret Kloos, et al. 1999. »Peer Support among Individuals with Severe Mental Illness: a Review of the Evidence.« *Clinical Psychology: Science and Practice* 6(2): 165-187.

Deegan, Patricia. 1996. »Recovery, Rehabilitation and the Conspiracy of Hope.« presented at *»There's a Person In Here«: The Sixth Annual Mental Health Services Conference of Australia and New Zealand.* Brisbane, Australia

Deister, Arno und Bettina Wilms. 2014. *Regionale Verantwortung übernehmen*: Modellprojekte in Psychiatrie und Psychotherapie nach § 64b SGB V. Köln: Psychiatrie-Verlag.

Desjarlais, Robert. 1994. »Struggling Along: The Possibilities for Experience Among the Homeless Mentally Ill.« *American Anthropologist* 96(4): 886-901.

Desjarlais, Robert. 1997. *Shelter Blues: Sanity and Selfhood among the Homeless.* Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Desjarlais, Robert, und Jason C. Throop. 2011. »Phenomenological Approaches in Anthropology.« *Annual Review of Anthropology* 40: 87-102.

Devereux, Georges, und Weston La Barre. 1998. *Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften*, hg. von Caroline Neubaur, und Karin Kersten. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Dewey, John. 1934. *Art as Experience.* 4. Aufl., New York: Minton, Balch & Co.

Dewey, John. 1995. [1925]. *Erfahrung und Natur.*1. Aufl., Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Dewey, John. 2001. [1929]. *Die Suche Nach Gewißheit: Eine Untersuchung des Verhältnisses von Erkenntnis und Handeln*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag.

Dikomitis, Lisa. 2016. »Reflections on Ethnography in Medicine.« *The Cyprus Review* 28(1): 85-97.

DIMDI – ICD-10-GM – Historie und Ausblick. n.d. Zugriff am 6. Dezember 2017. https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/historie/index.htm.

Dixon, Lisa, Nancy Krauss, und Anthony Lehman. 1994. »Consumers as Service Providers: The Promise and Challenge.« *Community Mental Health Journal* 30(6): 615-625.

Dörner, Klaus. 2006. »Wie kann der Trialog die Kommunikationsstrategien der psychiatrischen Versorgungslandschaft aufbrechen?« *Psychiatrische Pflege Heute* 12(06): 318-321.

Elias, Petra, und Karen Upton-Davis. 2015. »Embedding Peer Support Using Social Work Values.« *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice* 10(5): 304-313.

Emerson, Robert M., Rachel I. Fretz, und Linda L. Shaw. 2011. *Writing Ethnographic Fieldnotes*. 2. Aufl., Chicago: University of Chicago Press.

Epstein, Steven. 1996. *Impure Science: AIDS, Activism, and the Politics of Knowledge.* Berkeley: University of California Press.

Estroff, Sue E. 1981. *Making It Crazy.* Berkeley: University of California Press.

EX-IN. 2016. *Curriculum EX-IN*. Letzter Zugriff am 15.Mai 2017. www.ex-in.info/data/files/132/Curriculum %20EX-IN %20Kurzfassung-2016.pdf.

Experienced Involvement. n.d. Letzter Zugriff am 18.August 2017. www.ex-in.info/virthos.php?/ %DCber+EX-IN.

Falkai, Peter. 2012. *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen: S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie*. Berlin, Heidelberg: Springer.

Fassin, Didier. 2006. »The End of Ethnography as Collateral Damage of Ethical Regulation?« *American Ethnologist* 33(4): 522-524.

Faubion, James D., und George E. Marcus, Hg. 2009. *Fieldwork Is Not What It Used to Be: Learning Anthropology's Method in a Time of Transition*. Ithaca: Cornell University Press.

Faulkner, Alison, June Sadd, Andrew Hughes, et al. 2013. *Peer-Support-Report-Peerfest-2013*. Letzter Zugriff am 21.März 2017. https://www.mind.org.uk/media/418953/Peer-Support-Report-Peerfest-2013.pdf.

Fellmann, Ferdinand. 2009. *Phänomenologie zur Einführung*. Hamburg: Junius.

Felton, C J, P Stastny, D L Shern, et al. 1995. »Consumers as Peer Specialists on Intensive Case Management Teams: Impact on Client Outcomes.« *Psychiatric Services* 46(10): 1037-1044.

Fiedler, Dörte. n.d. *Neue Therapieansätze in der Psychiatrie – Krisenbegleitung durch Krisengeprüfte*. Letzter Zugriff am 19. Januar 2018. www.deutschlandfunkkultur.de/neue-therapieansaetze-in-der-psychiatrie-krisenbegleitung.976.de.html?dram:article_id=408602.

Fisher, Edwin B., Guadalupe X. Ayala, Leticia Ibarra, et al. 2015. »Contributions of Peer Support to Health, Health Care, and Prevention: Papers from Peers for Progress.« *Annals of Family Medicine* 13: 2-8.

Flaskas, Carmel. 2012. »The Space of Reflection: Thirdness and Triadic Relationships in Family Therapy.« *Journal of Family Therapy* 34(2): 138-156.

Fleck, Ludwik. 1935. *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Foley, Douglas E. 2002. »Critical Ethnography: The Reflexive Turn.« *International Journal of Qualitative Studies in Education* 15(4): 469-490.

Frances, Allen. 2013a. *Normal: Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen*. Köln: Dumont Buchverlag.

Frances, Allen. 2013b »The Past, Present and Future of Psychiatric Diagnosis.« *World Psychiatry* 12(2): 111-112.

Freshwater, Dawn. 2002. *Therapeutic Nursing: Improving Patient Care Through Self-Awareness and Reflection*. London: Sage.

Freud, Sigmund,1991 [1933]. *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*, hg. von Peter Gay. Frankfurt a.M.: Fischer Taschenbuch.

Gale, Corinne, und Thomas Schröder. 2014. »Experiences of Self-practice/Self-reflection in Cognitive Behavioural Therapy: A Meta-synthesis of Qualitative Studies.« *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 87(4): 373-392.

Gawlick, Günter, Lothar Kreimendahl, und George Berkeley. 2005. *Eine Abhandlung über die Prinzipien der menschlichen Erkenntnis*. Stuttgart: Reclam.

Geertz, Clifford. 1972. »Deep Play: Notes on the Balinese Cockfight.« *Daedalus* 101(1): 1-37.

Geertz, Clifford. 1973. *The Interpretation of Cultures: Selected Essays.* New York: Basic Books.

Geertz, Clifford. 1974. «From the Native's Point of View«: On the Nature of Anthropological Understanding.« *Bulletin of the American Academy of Arts and Sciences* 28(1): 26-45.

Geertz, Clifford. 2001 [1986]. »Making Experience, Authoring Selves.« In *The Anthropology of Experience*, hg. von Victor W. Turner und Edward M. Bruner, 373-381. Chicago:University of Illinois Press.

Geoffrey C. Bowker, und Susan Leigh Star. 1999. *Sorting Things out: Classification and Its Consequences.* Cambridge: MIT Press.

Gibbons, Michael, Camille Limoges, Helga Nowotny, Simon Schwartzman, und Peter Scott. 1994. *The New Production of Knowledge: The Dynamics of Science and Research in Contemporary Societies.* London: Sage.

Giddens, Anthony. 2010. *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age.* Cambridge: Polity Press.

Gillard, Steve G, Christine Edwards, Sarah L Gibson, Katherine Owen, und Christine Wright. 2013. »Introducing Peer Worker Roles into UK Mental Health Service Teams: A Qualitative Analysis of the Organisational Benefits and Challenges.« *BMC Health Services Research* 13: 188.

Giordano, Cristiana. 2014. *Migrants in Translation: Caring and the Logics of Difference in Contemporary Italy.* Berkeley: University of California Press.

Glaser, Barney G., und Judith Holton. 2004. »Remodeling Grounded Theory.« *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research* 5(2): Art.4. www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/607.

Glaser, Barney G., und Anselm L. Strauss. 1999. *Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. New Brunswick: Taylor & Francis Inc.

Goffmann, Erving. 1961. *Asylums – Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York: Anchor Books.

Goldberg, David. 2015. »Psychopathology and Classification in Psychiatry.« *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 50(1): 1-5.

Good, Byron J. 1993. *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective*. Cambridge: Cambridge Univ. Press.

Good, Byron J. 2012. »Theorizing the ›Subject‹ of Medical and Psychiatric Anthropology.«*Journal of the Royal Anthropological Institute* 18(3): 515-535.

Grimm, Jacob, und Wilhelm Grimm. 1862. Deutsches Wörterbuch. Band 3, dt. Originalausgabe.

Hacking, Ian. 2007. »Kinds of People: Moving Targets« In *Proceedings of the British Academy* 151: 285-318.

Halpern, Jodi. 2011. *From Detached Concern to Empathy: Humanizing Medical Practice.* Oxford: Oxford University Press.

Hampe, Michael. 2000. »Pluralismus von Erfahrungen und Einheit der Vernunft.« In *»Die Erfahrungen, die wir machen, sprechen gegen die Erfahrungen, die wir haben«: Über Formen der Erfahrung in den Wissenschaften,* hg. von Michael Hampe und Maria-Sibylla Lotter, 27-39. Berlin: Duncker & Humblot.

Hampe, Michael, und Maria-Sibylla Lotter. 2000. »Einleitung: Enttäuschende Erfahrungen.« In *»Die Erfahrungen, die wir machen, sprechen gegen die Erfahrungen, die wir haben«: Über Formen der Erfahrung in den Wissenschaften,* hg. von Michael Hampe und Maria-Sibylla Lotter, 7-25. Berlin: Duncker & Humblot.

Hannerz, Ulf. 1998. »Other Transnationals: Perspectives Gained from Studying Sideways.« In *Paideuma* 44: 109-123.

Haraway, Donna. 1988. »Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective.« *Feminist Studies* 14(3): 575-599.

Haraway, Donna 1997. *Modest_Witness@Second_Millenium. FemaleMan_Meets_Onco Mouse: Feminism and Technoscience.* New York: Routledge.

Harding, Sandra. 1993. »Rethinking Standpoint Episemology: What Is »Strong Objectivity«?« In *Feminist Epistemologies. Thinking Gender,* hg. von Linda Alcoff, 49-82. New York: Routledge.

Harris, Mark, Hg. 2007. *Ways of Knowing: Anthropological Approaches to Crafting Experience and Knowledge.* New York: Berghahn Books.

Hastrup, Kirsten. 1995. *A Passage to Anthropology: Between Experience and Theory*. London: Routledge.

Hauer, Janine, Østergaard Nielsen, Jonas und Jörg Niewöhner. 2018. »Landscapes of hoping – urban expansion and emerging futures in Ouagadougou, Burkina Faso.« In *Anthropological Theory* 18(1): 59-80.

Helfferich, Cornelia. 2009. *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Hess, Sabine, und Maria Schwertl. 2013. »Vom » Feld« zur »Assemblage«? Perspektiven europäisch-ethnolgischer Methodenentwicklung – eine Hinleitung.« In *Europäisch-ethnologisches Forschen: neue Methoden und Konzepte,* hg. von Sabine Hess, Johannes Moser und Maria Schwertl,13-37, Berlin: Reimer.

Heumann, Kolja, Lisa Janßen, Friederike Ruppelt, et al. 2016. »Auswirkungen von Peer-Begleitung für Angehörige auf Belastung und Lebensqualität: Eine Pilotstudie.« *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 64(1): 45-53.

Heumann, Kolja, Christine Schmid, Antje Wilfer, et al. 2018. »Kompetenzen und Rollen- (Erwartungen) von Genesungsbegleitern in der Psychiatrischen Versorgung – Ein partizipativer Forschungsbericht.« *Psychiatrische Praxis* 46(01): 34-40.

Hine, Christine. 2015. *Ethnography for the Internet: Embedded, Embodied and Everyday*. London u.a. : Bloomsbury.

Hirschauer, Stefan. 2001. »Das Vergessen Des Geschlechts: Zur Praxeologie Einer Kategorie Sozialer Ordnung.« In *Geschlechtersoziologie. Sonderheft 41 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie,* hg. von Bettina Heintz, 208-235. Wiesbaden: Springer VS.

Hirschauer, Stefan. 2008a. »Die Empiriegeladenheit von Theorien und der Erfindungsreichtum der Praxis.« In *Theoretische Empirie: zur Relevanz qualitativer Forschung*, hg. von Herbert Kalthoff und Gesa Lindemann, 165-187. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Hirschauer, Stefan. 2008b. »Körper macht Wissen. Für eine Somatisierung des Wissensbegriffs.« In *Die Natur der Gesellschaft. Verhandlungen des 33. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Kassel. Bd. II,* hg. von Karl-Siegbert Rehberg, 974-984, New York: Campus.

Hirschauer, Stefan. 2016. »Un/Doing Differences. Die Kontingenz Sozialer Zugehörigkeiten/Un/Doing Differences. The Contingency of Social Belonging.« *Zeitschrift Für Soziologie* 43(3): 170-191.

Hoeyer, Klaus, Lisa Dahlager, und Niels Lynöe. 2005. »Conflicting Notions of Research Ethics.« *Social Science & Medicine* 61(8): 1741-1749.

Hollan, Douglas. 2012. »On the Varieties and Particularities of Cultural Experience.« *Ethos* 40(1): 37-53.

Hollan, Douglas. 2013. »Sleeping, Dreaming, and Health in Rural Indonesia and the Urban U.S.: A Cultural and Experiential Approach.« *Social Science & Medicine* 79: 23.

Holmes, Douglas R., und George E. Marcus. 2008. »Cultures of Expertise and the Management of Globalization: Toward the Re-Functioning of Ethnography.« In *Global Assemblages,* hg. von Aihwa Ong und Stephen J. Collier, 235-252. Oxford u.a.: Blackwell Publishing.

Holmes, Douglas R., und George E. Marcus. 2010. »Collaboration Today and the Re-Imagination of the Classic Scene of Fieldwork Encounter.« *Collaborative Anthropologies* 1(1): 81-101.

Hopf, Christel. 2000. »Qualitative Interviews – Ein Überblick.« In *Qualitative Forschung – Ein Handbuch*, hg. von Uwe Flick, 349-360. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag.

Howes, Philip, und Zoe Laughlin. 2012. *Material Matters: New Materials in Design*. London: Black Dog Publ.

Hydén, Lars-Christer. 1997. »Illness and Narrative.« *Sociology of Health & Illness* 19(1): 48-69.

Hymes, Dell H. 1974. *Reinventing Anthropology*, 1. Aufl., New York: Vintage Books.

ICD-10. 1. Systematisches Verzeichnis: Version 1.0, hg. vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information; Zugriff am 1.Dezember 2017. www.icd-code.de/icd/code/F40-F48.html.

Iedema, Rick. 2011. »Creating Safety by Strengthening Clinicians' Capacity for Reflexivity.« *BMJ Quality & Safety* 20(1): i83–i86.

Ingold, Tim. 2003. »Two reflections on ecological knowledge.« In *Nature Knowledge: Ethnoscience, Cognition, and Utility*, hg. von Glauco Sanga and Gherardo Ortalli, 301-312. New York, London: Berghahn Books.

Ingold, Tim. 2011. »Worlds of Sense and Sensing the World: A Response to Sarah Pink and David Howes.« *Social Anthropology* 19(3): 313-317.

Ingold, Tim. 2018. »Five questions of skill.« *Cultural Geographies* 25 (1): 159-163.

Isenstadt, Sandy. 2013. »Back in Touch: The Deepest Sense. A Cultural History of Touch by Constance Classen.« *The Senses and Society* 8(1).

Jackson, Michael. 1983. »Knowledge of the Body.« *Man* 18(2). New Series: 327-345.

Jackson, Michael. 1996. »Introduction.« In *Things as They Are: New Directions in Phenomenological Anthropology*, hg. von Michael Jackson, 1-50. Bloomington u.a.: Indiana University Press.

Jacobs, An, Katrien Dreessen, und Jo Pierson. 2008. » ›Thick‹ Personas – Using Ethnographic Methods for Persona Development as a Tool for Conveying the Social Science View in Technological Design.« *Observatorio* (OBS*) 2(2). http://obs.obercom.pt/index.php/obs/article/view/203, accessed March 1, 2018.

Jäger, Siegfried. 2011. »Theoretische und methodische Aspekte einer Kritischen Diskurs- und Dispositivanalyse.« *In Handbuch sozialwissenschaftliche Diskursanalyse. 1, Theorien und Methoden*, hg. von Reiner Keller, 3.Aufl., 61-91.

Jahnke, Bettina, und Jörg Utschakowski. 2014. *EX-IN Kulturlandschaften: Zwölf Gespräche zur Frage: Wie gelingt Inklusion?* Neumünster: Die Brücke Neumünster.

James, Allison, Hg. 1997. *After Writing Culture: Epistemology and Praxis in Contemporary Anthropology.* London u.a.: Routledge.

James, William. 2008 [1922]. *Essays in Radical Empiricism*. New York : Longmans, Green and Co.

Jasanoff, Sheila. 2003. »Technologies of Humility: Citizen Participation in Governing Science.« *Minerva* 41(3): 223-244.

Jay, Martin. 2006. *Songs of Experience: Modern American and European Variations on a Universal Theme.* Berkeley: University of California Press.

Johach, Helmut, Frithjof Rodi, und Wilhelm Dilthey. 1997 . *Wilhelm Dilthey Gesammelte Schriften, Bd.19: Grundlegung der Wissenschaften vom Menschen, der Gesellschaft*

und der Geschichte: Zweiter Band der Einleitung in die Geisteswissenschaften. Leipzig u.a.: Vandenhoeck & Ruprecht.

Kant, Immanuel. 1868 [1790]. »Über eine Entdeckung, nach der alle neue Critik der reinen Vernunft entbehrlich gemacht werden soll« In *Immanuel Kant's Sämmtliche Werke: in chronologischer Reihenfolge*, Band 6, Voss.

Kaschuba, Wolfgang. 2003. *Einführung in die Europäische Ethnologie*. 2.aktualisierte Aufl., München: Beck.

Keller, Reiner. 2008. *Wissenssoziologische Diskursanalyse Grundlegung eines Forschungsprogramms*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Kelly, Timothy. 2017. »Heterogeneities of Experience, Positionality, and Method in User/Survivor Research.« *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 23(3): 229-232.

Kemp, Vivien, und Anthony R. Henderson. 2012. »Challenges faced by Mental Health Peer Support Workers: Peer Support from the Peer Supporter's Point of View.« *Psychiatric Rehabilitation Journal* 35(4): 337-340.

Klausner, Martina, Hg. 2012. »Psychiatrie im Kiez: Alltagspraxis in den Institutionen der gemeindepsychiatrischen Versorgung.« 1. Aufl. *Berliner Blätter*58. Berlin: Panama Verlag.

Klausner, Martina. 2015. *Choreografien psychiatrischer Praxis – Eine ethnografische Studie zum Alltag in der Psychiatrie.* Bielefeld: transcript.

Klausner, Martina, Milena D. Bister, Jörg Niewöhner, und Stefan Beck. 2015. »Choreografien klinischer und städtischer Alltage. Ergebnisse einer ko-laborativen Ethnografie der Sozialpsychiatrie.« *Zeitschrift Für Volkskunde* 111(2): 214-236.

Kleinman, Arthur. 1989. *Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition.* New York: Basic Books.

Kleinman, Arthur. 2011. »A Search for Wisdom.« *The Lancet* 378(9803): 1621-1622.

Kleinman, Arthur, und Joan Kleinman. 1991. »Suffering and its Professional Transformation: Toward an Ethnography of Interpersonal Experience.« *Culture, Medicine and Psychiatry* 15(3).

Knecht, Michi. 2010. »»›Vor Ort‹ Im Feld«? Zur Kritik und Reakzentuierung des Lokalen als Europäisch-Ethnologischer Schlüsselkategorie.« *Österreichische Zeitschrift für Volkskunde* 113(1): 23-48.

Knecht, Michi. 2013. »Nach Writing Culture, Mit Akteur-Netzwerk: Ethnografie/Praxeografie in der Wissenschafts-, Medizin-, und Technikforschung.« In *Europäisch-Ethnologisches Forschen: Neue Methoden Und Konzepte,* hg. von Sabine Hess, Johannes Moser, und Maria Schwertl, Berlin: Reimer.

Knecht, Michi. 20.Juni 2017. »Collaborate! Wie ein vielstimmiger, wandernder Imperativ die ethnografische Wissensproduktion verändert«, Institut für Europäische Ethnologie, Humboldt- Universität zu Berlin,

Knight, Zelda G. 2009. »Conceptual Considerations regarding Self-Disclosure: A Relational Psychoanalytic Perspective.« *South African Journal of Psychology* 39(1): 75-85.

Knuf, Andreas. 2009 *Empowerment in der psychiatrischen Arbeit*. 2. Aufl., Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Konrad, Monica. 2012. *Collaborators Collaborating: Counterparts in Anthropological Knowledge and International Research Relations*. New York: Berghahn Books.

Kozinets, Robert V. 2010. *Netnography: Doing Ethnographic Research Online*. London: Sage Publications.

Krueger, Tobias, Trevor Page, Klaus Hubacek, Laurence Smith, und Kevin Hiscock. 2012. »The Role of Expert Opinion in Environmental Modelling.« *Environmental Modelling & Software* 36: 4-18.

Laing, Ronald D. 1969. *Phänomenologie der Erfahrung*. 17.Aufl., Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag.

Lamla, Jörn, und Henning Laux. 2012. »Die Theorie reflexiver Modernisierung.« In *Zukunftsgenese*, hg. von Victor Tiberius, 129-141. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Lash, Scott. 1992. »Ästhetische Dimensionen Reflexiver Modernisierung.« *Soziale Welt* 3(43): 261-277.

Lassiter, Luke Eric. 2005. »Collaborative Ethnography and Public Anthropology.« *Current Anthropology* 46(1): 83-106.

Law, John. 1994. *Organizing Modernity*. Oxford u. a: Blackwell.

Law, John. 2009. »Actor Network Theory and Material Semiotics.« In *The New Blackwell Companion to Social Theory*, hg. von Bryan S. Turner, 141-158. Oxford: Wiley-Blackwell.

Law, John, und Annemarie Mol, Hg. 2002. »Complexities: An Introduction.« In *Complexities: Social Studies of Knowledge Practices*, 1-23. Durham u.a.: Duke University Press.

LeFrancois, Brenda A., Robert J. Menzies, und Geoffrey Reaume, Hg. 2013. *Mad Matters: A Critical Reader in Canadian Mad Studies*. Toronto, Ontario: Brown Bear Press.

Lehmann, Albrecht. 2007. *Reden über Erfahrung: kulturwissenschaftliche Bewusstseinsanalyse des Erzählens*. Berlin: Reimer.

Lemke, Thomas. 2007. *Biopolitik zur Einführung*. Hamburg: Junius.

Lindner, Rolf. 1981. »Die Angst des Forschers vor dem Feld. Überlegungen zur Teilnehmenden Beobachtung als Interaktionsprozeß. » *Zeitschrift Für Volkskunde* 77: 51-66.

Lindner, Rolf. 2003. »Konjunktur und Krise des Kulturkonzepts.« In *Kulturwissenschaften: Forschung, Praxis, Positionen*, hg. von Lutz Musner, 69-87. Freiburg i.Br.: Rombach.

Lloyd-Evans, Brynmor, Evan Mayo-Wilson, Bronwyn Harrison, et al. 2014. »A systematic review and meta-analysis of Randomised Controlled Trials of Peer Support for People with Severe Mental Illness.« *BMC Psychiatry* 14: 39.

Lock, Margaret M. und Vinh-Kim Nguyen. 2010. *An Anthropology of Biomedicine*. Malden, Mass.u.a.: Wiley-Blackwell.

Long, Debbi, Cynthia Hunter, and Sjaak van der Geest. 2008. »When the Field is a Ward or a Clinic: Hospital Ethnography.« *Anthropology & Medicine* 15(2): 71-78.

Loon, Esther. 2015. *Reflexive Standardization and Standardized Reflexivity: Development and Use of Innovations in Healthcare Practices.* Letzter Zugriff am 13. Dezember 2017. http://hdl.handle.net/1765/78171.

Loon, Esther, und Teun Zuiderent-Jerak. 2012. »Framing Reflexivity in Quality Improvement Devices in the Care for Older People.« *Health Care Analysis* 20(2): 119-138.

Lotter, Maria-Sibylla. 2000. »Fremderfahrung und Selbsterfahrung in der Ethnologie.« In *»Die Erfahrungen, die wir machen, sprechen gegen die Erfahrungen, die wir haben«: über Formen der Erfahrung in den Wissenschaften*, hg. von Michael Hampe und Maria-Sibylla Lotter, 169-193. Berlin: Duncker & Humblot.

Lynch, Michael. 2000 . »Against Reflexivity as an Academic Virtue and Source of Privileged Knowledge.« *Theory, Culture & Society* 17(3): 26-54.

Maanen, John Van. 2011. *Tales of the Field: On Writing Ethnography*, Second Edition. Chicago: University of Chicago Press.

Maase, Kaspar. 2010. »Freude an den schönen Dingen: Ästhetische Erfahrung als Alltagsglück? » *Schweizerisches Archiv Für Volkskunde: Halbjahresschrift* 106(1): 81-91.

Mahlke, C., U. Krämer, R. Kilian, und T. Becker. 2015a. »Bedeutung und Wirksamkeit von Peer-Arbeit in der psychiatrischen Versorgung.« *Nervenheilkunde* 34(4): 235-239.

Mahlke, Candelaria, Kolja Heumann, Friederike Ruppelt, et al. 2015b. »Peer Support for Individuals with Mental Health Problems and their Relatives – Background, Concept and Baseline Data.« *Psychiatrische Praxis* 42 (1): 25-9.

Mahlke, Candelaria I., Ute M. Krämer, Thomas Becker, und Thomas Bock. 2014. »Peer Support in Mental Health Services.« *Current Opinion in Psychiatry* 27(4): 276-81.

Malinowski, Bronislaw. 2001 [1922]. *Argonauten des westlichen Pazifik: Ein Bericht über Unternehmungen und Abenteuer der Eingeborenen in den Inselwelten von Melanesisch-Neuguinea.* Magdeburg: Klotz.

Malinowski, Bronsilaw. 2003 [1967]. *Ein Tagebuch im strikten Sinne des Wortes, Neuguinea 1914-1918.* Magdeburg: Klotz.

Marcus, George E. 1994. »On Ideologies of Reflexivity in Contemporary Efforts to Remake the Human Sciences.« *Poetics Today* 15(3): 383-404.

Mattingly, Cheryl. 1998. *Healing Dramas and Clinical Plots: The Narrative Structure of Experience.* Cambridge: Cambridge UnivPress.

Mattingly, Cheryl, und Linda C. Garro. 2000. *Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing*. Berkeley: University of California Press.

McFarland, Marilyn R., Sandra J. Mixer, Hiba Webhe-Alamah, und Renee Burk. 2012. »Ethnonursing: A Qualitative Research Method for Studying Culturally Competent Care across Disciplines.« *International Journal of Qualitative Methods* 11(3): 259-279.

McTaggart, Robin. 1997. P*articipatory Action Research: International Contexts and Consequences*. New York: State University of New York Press.

Mead, Margaret. 2001 [1928]. *Coming of Age in Samoa: A Psychological Study of Primitive Youth for Western Civilisation*. New York: William Morrow Paperbacks.

Mead, Shery, David Hilton, und Laurie Curtis. 2001. »Peer Support: A Theoretical Perspective.« *Psychiatric Rehabilitation Journal* 25(2): 134-141.

Mead, Sheryl. 2003. »Pennsylvania Recovery and Resiliency. Defining Peer Support«. Letzter Zugriff am 14. März 2017. www.parecovery.org/documents/DefiningPeerSupport_Mead.pdf

Mead, Sheryl. 2014. »Intentional Peer Support An Alternative Approach.« Letzter Zugriff am 2. Juni 2017. www.intentionalpeersupport.org/wp-content/uploads/2014/12/IPS-An-Alternative-Approach-2014-First-Chapter.pdf

Merton, Robert K.1968. *Social Theory and Social Structure*. New York: Free Press.

Merton, Robert K, und Patricia L Kendall. 1979 [1946]. »Das fokussierte Interview.« In *Qualitative Sozialforschung*, hg. von Christel Hopf und Elmar Weingarten, 171-204. Stuttgart: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Mittelstraß, Jürgen. 1974. *Die Möglichkeit von Wissenschaft*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Miyamoto, Yuki, und Tamaki Sono. 2012. »Lessons from Peer Support among Individuals with Mental Health Difficulties: A Review of the Literature. » *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*8: 22-29.

Mohr, Sebastian, und Andrea Vetter. 2014. »Körpererfahrung in der Feldforschung.« In *Methoden der Kulturanthropologie,* hg. von Christine Bischoff, Karoline Oehme-Jüngling, und Walter Leimgruber. Bern: Haupt.

Mol, Annemarie. 2002. *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice. Science and Cultural Theory.* Durham: Duke University Press.

Mol, Annemarie. 2006. »Proving or Improving: On Health Care Research as a Form of Self-Reflection.« *Qualitative Health Research* 16(3): 405-414.

Mol, Annemarie. 2018. »Erlebnis-Belevenis as an Ethnographic Notion.« In *After Practice. Thinking through Matter(s) and Meaning relationally. Volume 1,* hg. von Laboratory: Anthropology of Environment | Human Relations, 91-97. Berliner Blätter | Ethnographische und ethnologische Beiträge 80(1). Berlin: Panama Verlag.

Mol, Annemarie, Ingunn Moser und Jeanette Pols. 2010. *Care in Practice – On Tinkering in Clinics, Homes and Farm.* MatteRealities/VerKörperungen 8. Bielefeld: transcript.

Nader, Laura. 2002. »Up the Anthropologist – Perspectives Gained from Studying Up.« In *Reinventing Anthropology*, hg. von Dell Hymes, 285-311. Ann Arbor: Univ. of Michigan Press.

Nadig, Maya. 1997. *Die verborgene Kultur der Frau: Ethnopsychoanalytische Gespräche mit Bäuerinnen in Mexiko*. Frankfurt a.M.: Fischer.

Newton, Esther. 2000. *Margaret Mead Made Me Gay: Personal Essays, Public Ideas*. Durham, NC: Duke University Press Books.

Nichols, Tom. 2017. *The Death of Expertise – The Campaign Against Established Knowledge and Why it Matters.* Oxford: Oxford University Press.

Niewöhner, Jörg. 2008. »Die zeitlichen Dimensionen von Fett – Körperkonzepte zwischen Prägung und Lebensstil.« In *Wie geht Kultur unter die Haut? Emergente Praxen an der Schnittstelle von Medizin, Lebens- und Sozialwissenschaft*, hg. von Jörg Niewöhner, Christoph Kehl, und Stefan Beck, 113-142. VerKörperungen/Matte-Realities 1. Bielefeld: transcript.

Niewöhner, Jörg. 2015. »Infrastructures of Society, Anthropology of.« In: *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences,* 2. Aufl., hg. von James D. Wright, 119-125. Oxford: Elsevier.

Niewöhner, Jörg. 2016. »Co-Laborative Anthropology. Crafting Reflexivities Experimentally. » In *Etnologinen Tulkinta Ja Analyysi. Kohti Avoimempaa Tutkimusprosessia [Ethnological Interpretation and Analysis: Towards a Transparent Research Process]*, hg. von Jukka Jouhki und Tytti Steel, 81-125. Helsinki: Ethnos.

Niewöhner, Jörg. In Vorbereitung. »Reflexivität Als Gefügte Praxis.« *Berliner Blätter*. Berlin: Panama Verlag.

Noorani, Tehseen. 2013. »Service User Involvement, Authority and the ›Expert-by-Experience‹ in Mental Health.« *Journal of Political Power* 6(1): 49-68.

Nörber, Martin. 2003. *Peer Education: Bildung und Erziehung von Gleichaltrigen durch Gleichaltrige.* Weinheim u.a.: Beltz Votum.

Nowotny, Helga. 2003a. »Democratising Expertise and Socially Robust Knowledge.« *Science and Public Policy* 30(3).

Nowotny, Helga. 2003b. »Introduction: »Mode 2« Revisited: The New Production of Knowledge.« *Minerva* 41(3): 179-194.

Nowotny, Helga, Peter Scott, und Michael Gibbons. 2006. *Re-Thinking Science: Knowledge and the Public in an Age of Uncertainty.* Cambridge: Polity Press.

Lenger, Alexander, Christian Schneickert und Florian Schumacher. 2013. *Pierre Bourdieus Konzeption des Habitus : Grundlagen, Zugänge, Forschungsperspektiven*. Wiesbaden: Vieweg.

Lynch, Michael. 2000. »Against Reflexivity as an Academic Virtue and Source of Privileged Knowledge.« *Theory, Culture & Society* 17(3): 26-54.

Oakeshott, Michael. 2015 [1933]. *Experience and Its Modes*. Aktualisierte Auflage. New York: Cambridge University Press.

Ortner, Sherry. 1984. »Theory in Anthropology Since the Sixties.« *Comparative Studies in Society and History* 26(1):126-166.

Parker, Michael. 2007. »Ethnography/Ethics. Informed Consent in a Changing Environment » *Social Science & Medicine* 65(11): 2248-2259.

Parker, Michael. 2012. *Ethical Problems and Genetics Practice*. Cambridge University Press.

Peer Counceling. Letzter Zugriff am 2. Juni 2017. www.peer-counseling.org/, accessed June 2, 2017.

Pescosolido, Bernice A. 2013. »The Public Stigma of Mental Illness: What Do We Think; What Do We Know; What Can We Prove?« *Journal of Health and Social Behavior* 54(1): 1-21.

Pierret, Janine. 2003. »The Illness Experience: State of Knowledge and Perspectives for Research: The Illness Experience.« *Sociology of Health & Illness* 25(3): 4-22.

Pink, Sarah. 2010. »The Future of Sensory Anthropology/the Anthropology of the Senses.« *Social Anthropology* 18(3): 331-333.

Pillow, Wanda. 2003. »Confession, Catharsis, or Cure? Rethinking the Uses of Reflexivity as Methodological Power in Qualitative Research.« *International Journal of Qualitative Studies in Education* 16(2): 175-196.

Polanyi, Michael. 2009 [1966]. *The Tacit Dimension*. Gloucester, Mass.: Peter Smith.

Pols, Jeannette. 2005. »Enacting Appreciations: Beyond the Patient Perspective.« *Health Care Analysis* 13(3): 203-221.

Pols, Jeannette. 2006. »Accounting and Washing.« *Science, Technology, & Human Values* 31(4): 409-430.

Pols, Jeanette. 2013. »The Patient 2.Many: About Diseases That Remain and the Different Forms of Knowledge to Live with Them.« *Science & Technology Studies* 26(2): 80-97.

Pols, Jeanette. 2014. »Knowing Patients: Turning Patient Knowledge into Science.« *Science, Technology and Human Values* 39(1): 73-97.

Pols, Jeannette, und Maartje Hoogsteyns. 2016. »Shaping the Subject of Incontinence. Relating Experience to Knowledge.« *ALTER – European Journal of Disability Research* 10(1): 40-53.

Popay, Jennie, und Gareth Williams. 1996. »Public Health Research and Lay Knowledge.« *Social Science & Medicine* 42(5): 759-768.

Porschen, Stephanie. 2008. *Austausch impliziten Erfahrungswissens: Neue Perspektiven für das Wissensmanagement*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Prasko, Jan, Petr Mozny, Miroslav Novotny, Milos Slepecky, und Jana Vyskocilova. 2012. »Self-Reflection in Cognitive Behavioural Therapy and Supervision.« *Biomedical Papers of the Medical Faculty of the University Palacky, Olomouc, Czechoslovakia* 156(4): 377-84.

Prior, Lindsay. 2003. »Belief, Knowledge and Expertise: The Emergence of the Lay Expert in Medical Sociology.« *Sociology of Health & Illness* 25(3): 41-57.

Przyborski, Aglaja, und Monika Wohlrab-Sahr. 2013. *Qualitative Sozialforschung – Ein Arbeitsbuch*, 4., erweiterte Auflage. Berlin, Boston: De Gruyter.

PsychCare – G-BA Innovationsfonds n.d. letzter Zugriff am 15.02.2018. https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/psychcare-wirksamkeit-sektorenuebergreifender-versorgungsmodelle-in-der-psychiatrie-eine-prospektive-kontrollierte-multizentrische-beobachtungsstudie.52

Rabeharisoa, Vololona. 2006. »From Representation to Mediation: The Shaping of Collective Mobilization on Muscular Dystrophy in France. Patient Organisation Movements«. *Social Science & Medicine* 62(3): 564-576.

Rabeharisoa, Vololona, Tiago Moreira, und Madeleine Akrich. 2014. »Evidence-Based Activism: Patients', Users' and Activists' Groups in Knowledge Society.« *BioSocieties* 9(2): 111-128.

Rabinow, Paul. 2011. *The Accompaniment: Assembling the Contemporary*. Chicago: University of Chicago Press.

Rebeiro Gruhl, Karen L., Sara Lacarte, und Shana Calixte. 2016. »Authentic Peer Support Work: Challenges and Opportunities for an Evolving Occupation.« *Journal of Mental Health* 25(1): 78-86.

Reckwitz, Andreas. 2003. »Grundelemente Einer Soziologie Sozialer Praktiken. Eine Sozialtheoretische Perspektive.« *Zeitschrift Für Soziologie* 32(4): 281-301.

Reckwitz, Andreas. 2008. »Praktiken und Diskurse – Eine sozialtheoretische und methodologische Relation.« In *Theoretische Empirie: zur Relevanz qualitativer Forschung*, hg. von Herbert Kalthoff, 188-209. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Reckwitz, Andreas. 2009. »Praktiken der Reflexivität: Eine Kulturtheoretische Perspektive auf hochmodernes Handeln.« In *Handeln unter Unsicherheit*, hg. von Fritz Böhle und Margit Weihrich, 169-182. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Reckwitz, Andreas. 2012. *Das hybride Subjekt: eine Theorie der Subjektkulturen von der bürgerlichen Moderne zur Postmoderne*. Weilerswist : Velbrück Wissenschaft.

Repper, Julie, und Tim Carter. 2011. »A Review of the Literature on Peer Support in Mental Health Services.« *Journal of Mental Health* 20(4): 392-411.

Rose, Diana. 2017. »Experience, Madness Theory, and Politics.« *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 23(3): 207-210.

Rose, Nikolas S. 1985. *The Psychological Complex: Psychology, Politics and Society in England, 1869-1939*. Londonu.a.: Routledge Kegan & Paul.

Rose, Nikolas S. 1999. *Governing the Soul: The Shaping of the Private Self* . London u.a.: Free Association Books.

Rosenhan, D. L. 1973. »On Being Sane in Insane Places.« *Science* 179(4070): 250-258.

Russo, Jasna. 2012. »Survivor-Controlled Research: A New Foundation for Thinking about Psychiatry and Mental Health.« Forum Qualitative Sozi-

alforschung/Forum: Qualitative Social Research 13(1). www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1790, letzter Zugriff am 03.Mai 2017.

Russo, Jasna. 2016. »Betroffene in der psychiatrischen Forschung. Infragestellung oder Erweiterung des biomedizinischen Diskurses?« *Kerbe- Forum für soziale Psychiatrie* 2(2016): 32-36.

Russo, Jasna. 2017a. »In Dialogue with Conventional Narrative Research in Psychiatry and Mental Health.« *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 23(3): 215-228.

Russo, Jasna. 2017b. »Establishing First-Person Knowledge of Madness: Must This Undertaking Elide Our Differences?« *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 23(3): 237-240.

Russo, Jasna, und Peter Beresford. 2015. »Between Exclusion and Colonisation: Seeking a Place for Mad People's Knowledge in Academia.« *Disability & Society* 30(1): 153-157.

Romme, Marius und Sandra Escher. 2013. Stimmenhören verstehen – Der Leitfaden zur Arbeit mit Stimmenhörern. Köln: Psychiatrie-Verlag.

Said, Edward W. 2009. *Orientalismus*. Frankfurt a.M.: Fischer.

Salzer, Mark S., Joseph Rogers, Nancy Salandra, et al. 2016. »Effectiveness of Peer-Delivered Center for Independent Living Supports for Individuals With Psychiatric Disabilities: A Randomized, Controlled Trial.« *Psychiatric Rehabilitation Journal* 39(3): 239-247.

Salzman, Philip Carl. 2002. »On Reflexivity.« *American Anthropologist* 104(3): 805-813.

Sandra G. Harding, Hg. 2004. *The Feminist Standpoint Theory Reader: Intellectual and Political Controversies*. New York u.a.: Routledge.

Sarafian, Isabelle. 2012. »Process Assessment of a Peer Education Programme for HIV Prevention among Sex Workers in Dhaka, Bangladesh: A Social Support Framework.« *Social Science & Medicine* 75(4): 668-675.

Schäfer, Hilmar. 2013. *Die Instabilität der Praxis: Reproduktion und Transformation des Sozialen in der Praxistheorie*. Weilerswist: Velbrück.

Schällibaum, Urs. 2001. *Reflexivität und Verschiebung*. Wien: Passagen-Verlag.

Schatzki, Theodore R. 2005. »Introduction.« In *The Practice Turn in Contemporary Theory,* hg.von Theodore R. Schatzki, Karin Knorr Cetina, und Eike von Savigny, 10-24. New York: Routledge.

Smeulers, Marian, Cees Lucas und Hester Vermeulen. 2014. »Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients.« In *Cochrane Systematic Review – Intervention* Issue 6.

Smeulers, Marian, Sluisveld, Nelleke ; Hesselink, Gijs ; Hoeven, Johannes ; Westert, Gert ; Wollersheim, Hub ; Zegers, Marieke. 2015. »Improving clinical handover between intensive care unit and general ward professionals at intensive care unit discharge.« *Intensive Care Medicine* 41(4): 589-604.

Schmid, Christine. 2016. «Berufsverrückt« Erfahrene ExpertInnen in der Psychiatrischen Gesundheitsversorgung.« *KUCKUCK Notizen zur Alltagskultur* (1/16): 44-50.

Schmid, Christine. 2017. »Erfahrung über/mit/im Feld. Zur Wirkmacht des Erfahrungsbegriffs für eine Feldforschung im Bereich Genesungsbegleitung.«In *Kulturen der Sinne: Zugänge zur Sensualität der sozialen Welt,* hg. Braun, Karl, Claus-Marco Dieterich, Thomas Hengartner und Bernhard Tschofen. Würzburg: Königshausen & Neumann Verlag.

Schmid, Christine und von Peter, Sebastian. 2019. »Teilnehmende Beobachtung im Kontext qualitativer sozialpsychiatrischer Forschung.« In *Qualitative Forschung in der Sozialpsychiatrie,* Köln: Psychiatrie Verlag, S.162-172.

Schöpf, Josef, Norbert Nedopil, und Josef Schöpf. 2003. *Psychiatrie für die Praxis: mit ICD-10-Diagnostik*. 2. überarbearbeitete Aufl., Berlin u.a.: Springer.

Schroer, Markus. 2009. »Theorie Reflexiver Modernisierung.« In *Handbuch Soziologische Theorien,* hg. von Georg Kneer und Markus Schroer, 491-515. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Schulz, Michael. 2016. Adherence: »Langfristiges Krankheitsmanagement durch Zusammenarbeit positiv beeinflussen.« *Psychiatrische Pflege* 2016 (1):13-1.

Schütz, Alfred und Thomas Luckmann. 1979. *Strukturen der Lebenswelt*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Schwandt, Thomas A. 2007. *The SAGE Dictionary of Qualitative Inquiry.* London: Sage.

Scott, Anne, und Carolyn Doughty. 2012. «Confronted with Paperwork«: Information and Documentation in Peer Support. » *Journal of Mental Health* 21(2): 154-64.

Scott, Joan W. 1991. »The Evidence of Experience.« *Critical Inquiry* 17(4): 773-797.

Shapin, Steven. 2011. *Leviathan and the Air-Pump: Hobbes, Boyle, and the Experimental Life*. Princeton: Princeton University Press.

Sheppard, Michael. 1998. »Practice Validity, Reflexivity and Knowledge for Social Work.« *The British Journal of Social Work* 28(5): 763-781.

Shi, Fanglong, Hg. 2009. *Re-Writing Culture in Taiwan*. Abingdon u.a.: Routledge.

Sillitoe, Paul. 2012. »From Participant-Observation to Participant-Collaboration: Some Observations on Participatory-Cum-Collaborative Approaches.« In *The SAGE Handbook of Social Anthropology*, hg. von Richard Fardon, Oliva Harris, Trevor H J Marchand, Cris Shore, Veronica Strang, Richard Wilson and Mark Nuttall, 183-200. London: Sage Publications Limited.

Sledge WH, Lawless M, Sells D et al. 2011. »Effectiveness of peer support in reducing readmissions of persons with multiple psychiatric hospitalizations.« *Psychiatric Services* 62: 541-544.

Soler, Léna, Sjoerd Zwart, und Michael Lynch. 2014. *Science After the Practice Turn in the Philosophy, History, and Social Studies of Science.* New York: Routledge Chapman & Hall.

Sørensen, Estrid. 2011. *The Materiality of Learning: Technology and Knowledge in Educational Practice*. Reissue. Cambridge University Press.

Spivak, Gayatri Chakravorty. 1990. *The post-colonial critic: interviews, strategies, dialogues*, hg. von Sarah Harasym. London u.a.: Routledge.

Spradley, James P. 1980. *Participant Observation*. New York: Holt, Rinehart and Winston.

Star, Susan Leigh und Karen Ruhleder. 1996. »Steps Toward an Ecology of Infrastructure: Design and Access for Large Information Spaces.« *Information Systems Research* 7(1): 111-134.

Stehr, Nico. 1994. *Knowledge societies*. London u.a. : Sage.

Stephenson, Niamh, und Dimitris Papadopoulos. 2006a. *Analysing Everyday Experience: Social Research and Political Change.* New York u. a: Palgrave Macmillan.

Stephenson, Niamh, und Dimitris Papadopoulos. 2006b. »Outside Politics/Continuous Experience.« *Ephemera: Critical Dialogues on Organization* 6(4): 433-453.

Strauss, Anselm L. 2008. *Continual Permutations of Action.* New Brunswick, N.J.: AldineTransaction.

Strauss, Anselm L., und Juliet Corbin. 1996. *Grounded theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.

Sturm, Gesine, Maya Nadig, und Marie Rose Moro. 2011. »Current Developments in French Ethnopsychoanalysis.« *Transcultural Psychiatry* 48(3): 205-227.

Suhr, Martin. 2005. John Dewey zur Einführung. Hamburg: Junius Verlag.

Taylor, Carolyn, und Susan White. 2000. *Practising Reflexivity in Health and Welfare – Making Knowledge*. Buckingham: Open University Press.

The Bridge of Asses | Geometry. Encyclopedia Britannica. Letzter Zugriff am 24. Februar 2018. https://www.britannica.com/science/The-Bridge-of-Asses.

The CRESC Encounters Collaborative. 2013. »(Un)Doing Collaboration: Reflections on the Practices of Collaborative Research.« In *CRESC Working Paper Series.*

Theiss-Abendroth, Peter. 2017. »Aktuelle Beiträge Zur Ethnopsychoanalyse.« *Psychiatrische Praxis* 44(02): 111-112.

Thomas J. Csordas, Hg. 2002. *Body, Meaning, Healing*. New York u.a.: Palgrave Macmillan.

Throop, C. Jason. 2003. »Articulating Experience.« *Anthropological Theory* 3(2): 219-241.

Throop, C. Jason. 2009. »Intermediary Varieties of Experience.« *Ethnos* 74(4): 535-558.

Throop, C. Jason. 2012. »On Inaccessibility and Vulnerability: Some Horizons of Compatibility between Phenomenology and Psychoanalysis.« *Ethos* 40(1): 75-96.

du Toit, Brian M. 1980. »Ethics, Informed Consent, and Fieldwork.« *Journal of Anthropological Research* 36(3): 274-286.

Tsing, Anna Lowenhaupt. 2005. *Friction: An Ethnography of Global Connection*. Princeton University Press.

Turner, Victor W. 1982. *From Ritual to Theatre: The Human Seriousness of Play. New York:* PAJ Publications.

Turner, Victor W., und Edward M. Bruner. 2001. *The Anthropology of Experience.* University of Illinois Press.

Utschakowski, Jörg. 2014. »Frischzellenkur für die Psychiatrie.« *Sozial Extra* 38(6): 46-49.

Utschakowski, Jörg. 2015. *Mit Peers arbeiten: Leitfaden für die Beschäftigung von Experten aus Erfahrung.* Köln: Psychiatrie-Verlag.

Utschakowski, Jörg et al. 2009. *Vom Erfahrenen zum Experten: wie Peers die Psychiatrie verändern*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Vannini, Phillip, Dennis Waskul, und Simon Gottschalk. 2013. *The Senses in Self, Society, and Culture: A Sociology of the Senses.* London: Routledge.

Velpry, Livia. 2008. »The Patient's View: Issues of Theory and Practice.« *Culture, Medicine and Psychiatry* 32(2): 238-258.

Verdonk, Petra, und Tineke Abma. 2013. »Intersectionality and Reflexivity in Medical Education Research.« *Medical Education* 47(8): 754-756.

Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie (Psychiatrie-Personalverordnung – Psych-PV), letzter Zugriff am 1.Mai 2017. https://www.gesetze-im-internet.de/psych-pv/BJNR029300990.html.

van der Geest, Sjaak, und Kaja Finkler. 2004. Hospital Ethnography: Introduction. *Social Science & Medicine* 59(10): 1995-2001.

van de Bovenkam, Hester und Teun Zuiderent-Jerak. 2013. »An empirical study of patient participation in guideline development: exploring the potential for articulating patient knowledge in evidence-based epistemic settings.« *Health Expectations* 18(5): 942-955.

van Haaster, Harrie. 2012. »Der Wert der Erfahrung.« In *Vom Erfahrenen zum Experten: Wie Peers die Psychiatrie verändern*, hg. von Jörg Utschakowski, Gyöngyver Sielaff, und Thomas Bock, 48-59. Psychiatrie-Verlag.

von Trotha, Thilo, und Sabine Dick. 2003. EX-IN Experienced-Involvement Ausbildung von Psychiatrie-Erfahrenen zu Expert/Innen durch Erfahrung. Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband: 35-40.

von Peter, Sebastian, Alexandre Wullschleger, Lieselotte Mahler, et al. 2016. »Chronizität im Alltag der Psychiatrischen Versorgung – Eine Forschungskollaboration zwischen Sozialpsychiatrie und Europäischer Ethnologie.« *Zeitschrift Für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 64(1): 7-18.

von Peter, Sebastian et al. 2018. »Evaluation of Flexible and Integrative Psychiatric Treatment Models in Germany—A Mixed-Method Patient and Staff-Oriented Exploratory Study.« *Frontiers in Psychiatry* 9: 785.

von Peter, Sebastian und Julie Mewes. 2013. »The Collective Modes of Ordering of the Voice-Hearing Experience.« *Psychiatrische Praxis* 41(1).

Voronka, Jijian. 2017. »The Politics of »people with Lived Experience« Experiential Authority and the Risks of Strategic Essentialism.« *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 23(3): 189-201.

Voronka, Jijian. 2019. »The mental health peer worker as informant: Performing authenticity and the paradoxes of passing.« *Disability & Society,* Letzter Zugriff am 25.01.2019. https://doi.org/10.1080/09687599.2018.1545113

Watts, Duncan J. 2014. »Common Sense and Sociological Explanations«. *American Journal of Sociology* 120(2): 313-351.

Warneken, Bernd- Jürgen, und Andreas Wittel. 1997. »Die Neue Angst vor dem Feld. Ethnographisches Research up am Beispiel ser Unternehmensforschung.« *Zeitschrift Für Volkskunde* 93: 1-16.

Watson, Graham. 1987. »Make Me Reflexive, but Not Yet: Strategies for Managing Essential Reflexivity in Ethnographic Discourse.« *Journal of Anthropological Research* 43(1): 29-41.

Welz, Gisela. 2009. «Sighting/Siting Globalization« Gegenstandskonstruktionen und Feldbegriff einer Ethnographischen Globalisierungsforschung.« In *Kultur-Forschung*, hg. von Sonja Windmüller, Beate Binder, und Thomas Hengarten, 195-210. Münster:LIT Verlag.

Westphal, Kristin. 2013. *Erfahrung als Erfahrung. Bemerkungen zur Karriere und Konjunktur des Erfahrungsbegriffs*. Wiesbaden: Springer VS.

Wikan, Unni. 1991. »Toward an Experience-near Anthropology.« *Cultural Anthropology* 6(3): 285-305.

Wilkesmann, Maximiliane. 2009. *Wissenstransfer im Krankenhaus – Institutionelle und strukturelle Voraussetzungen.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Willen, Sarah S., und Don Seeman. 2012. »Introduction: Experience and Inquiétude.« *Ethos* 40(1): 1-23.

Wind, Gitte. 2008. »Negotiated Interactive Observation: Doing Fieldwork in Hospital Settings.« *Anthropology & Medicine* 15(2): 79-89.

Winter, Klaas, Martina Radtke, und Mathias Berger. 2015. »Die unterschiedlichen und sich wandelnden Recovery-Konzepte.« *InFo Neurologie & Psychiatrie* 17(6): 40-46.

Wolff, Stephan. 2008. »Wege ins Feld und ihre Varianten.« In *Qualitative Forschung: ein Handbuch.* 6.aktualisierte Aufl., hg. von Uwe Flick, 334-349. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Woolgar, Steve, Hg. 1991. *Knowledge and Reflexivity: New Frontiers in the Sociology of Knowledge.* London u.a.: Sage.

Wrobleski, Tanya, Gill Walker, Avital Jarus-Hakak, und Melinda J. Suto. 2015. »Peer Support as a Catalyst for Recovery: A Mixed-Methods Study.« *Canadian Journal of Occupational Therapy* 82(1): 64-73.

Wynne, Brian. 1996. »May the Sheep Savely Graze? A Reflexive View of the Expert-Lay Knowledge Divide.« In *Risk, Environment & Modernity. Towards a New Ecology,*

hg. von Scott Lash, Bronislaw Szerszynski und Brian Wynne, 44-83. London u.a.: Sage Publications.

Yamane, David. 2000. »Narrative and Religious Experience.« *Sociology of Religion* 61(2): 171-189.

Zenker, Olaf, und Karsten Kumoll. 2010. *Beyond Writing Culture: Current Intersections of Epistemologies and Representational Practices*. New York u.a.: Berghahn.

Zigon, Jarrett, and C. Jason Throop. 2014. »Moral Experience: Introduction.« *Ethos* 42(1): 1-15.

Zuiderent- Jerak, Teun. 2015. *Situated Intervention: Sociological Experiments in Health Care.* Cambridge & London: The MIT Press.

Anhang:
Kurzüberblick genutzter empirischer Materialien

Teilnehmende Beobachtungen	**FN I**: Psychiatrische Tagesklinik (in dieser Arbeit TK 5) **FN II:** Psychiatrische Akutstation (in dieser Arbeit Station 20) **FN III**: Konferenzen, Workshops, vereinzelte Situationen außerhalb der beiden anderen Kontexte, auch Teamsitzungen in einer komplementären Einrichtung
Gruppeninterviews	**GI I:** umfasst drei Sitzungen der trialogischen Fokusgruppe **G II:** Interview mit einer Psychosegruppe, die von Genesungsbegleiter_innen geleitet wird (außerhalb von FN I und FN II) **G III:** Interview mit einer Recovery- Gruppe, die von Genesungsbegleiter_innen geleitet wird (außerhalb von FN I und FN II)
Einzelinterviews	**EI 1 – EI 13:** Einzelinterviews mit verschiedenen Akteur_innen, die im Kontext von Genesungsbegleitung aktiv sind (Klinikleiter_innen, Pflegedirektor_innen, Mitarbeiter_innen im Senat für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz, Geneungsbegleiter_innen, Psychiater_innen, Krankenkassenvertreter_innen)